# NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

# SCIENCES MÉDICALES.

## Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

### JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.
Archives de la médecine militaire Belge.

### JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Annales médico-chirurgicales du Midi.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de médecine de Bordeaux.
Journal de chimie médicale.
Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.
L'Union médicale.
Revue médicale.
Revue médico-chirurgicale de Paris de M. Malgaigne.

### JOURNAUX ALLEMANDS.

Allgemeine med. central zeitung.
Arch. für physiologische heilkunde.
Arch. für anat. phys.
Deutsche klinik.
Journal für kinderkrankheiten.
Medizinisc. correspondenzblatt.
Med. annalen.
Smidt's jahrbricht.
Zeitschrifft F. D. G. M.

### JOURNAUX ANGLAIS.

American journal of med. science.
Edinb. med. and surg. journal.
Guy's hospital reports.
Journal of psychologie.
London med. chir. transactions.
London journal of med.
London med. gazette.
Monthly journal.
New-york journal of med.
The Dublin med. pres.
The Lancet.
The med. Times.

### JOURNAUX ITALIENS.

Annali Universali di med.
Bulletino delle science med.
Gazetta med. Lomb.
Gazetta med. Ital.
Giormale de l'academia.
Il Progresso.
Il Filiato sebezio.
Il Raccoglitore medico.

# NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

# SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

## UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

**ARCHIVES**

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

**BULLETIN**

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

## REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JUIN 1851. — 12me SÉRIE. — T. VI.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR, ÉDITEUR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1851.

## SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archiv. de la méd. belge. p. 49—90.
Bulletin de l'Académie royale de médecine belge. 91.
Tableau météorologique. 120.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Physiologie. 1.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 2.
Thérapeut. 3—9.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchements. 10—12.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALM.

Path. externe. 13—16.
Méd. opérat. 17—18.
Ophthalmologie. 19.

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

Maladies mentales. 20—22.

X. MÉDECINE, LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

Médecine légale. 23.
Sociétés savantes, pag. 217—265.
Mélanges. 24.

ARCHIVES

DE LA

# MÉDECINE BELGE.

(JUIN 1851.)

## DELLA TUBERCOLOSI IN GENERE E DELLA TISI POLMONARE IN SPECIE ;

C'est à-dire :

## DE LA TUBERCULISATION EN GÉNÉRAL ET DE LA PHTHISIE PULMONAIRE EN PARTICULIER ;

par le docteur Louis Parola,

Représentant du peuple, auteur de plusieurs mémoires couronnés, Médecin en chef du grand hôpital, R. Provéditeur des études et Vice-président du conseil sanitaire à Coni, membre de plusieurs sociétés nationales et étrangères, etc., etc.

(Traduit de l'italien par le docteur Raikem, professeur à l'Université de Liége, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc.)

Tel est le titre d'un ouvrage, imprimé à Turin en 1849, en un beau volume in-4° de 700 pages, accompagné de 4 planches de figures lithographiées, qui a été couronné en 1848 par l'Académie royale médico-chirurgicale de Turin, en réponse à dix questions proposées et mises au concours sur ces affections.

Pour faire apprécier ce beau et grand travail, peu connu parmi nous, il suffira, ce nous semble, de mettre sous les yeux du lecteur, savoir : 1° Le rapport dont il a été l'objet de la part de la Commission, nommée dans son sein, par l'Académie royale médico-chirurgicale de Turin ; et 2° la solution de la dixième et dernière question, sans contredit la plus importante et la plus intéressante au point de vue pratique, c'est-à-dire de celle qui concerne le traitement, formulée dans le programme de la manière suivante :

« Descrivere primieramente la cura profilattica, che l'esperienza clinica dimostrò migliore, tanto contro la tubercolosi creditaria, quanto contro l'accidentale, quindi, fatto cenno dei tanti preconizzati metodi e rimedii, ed apprezzatone il relativo valore, quelli proporre che i fatti proprii od altrui fecero riconoscere più efficaci. »

Décrire particulièrement la cure prophylactique que l'expérience clinique a démontré la meilleure, tant contre la tuberculisation héréditaire que contre l'accidentelle; puis, après avoir jeté un coup d'œil sur le grand nombre de méthodes et de remèdes préconisés et en avoir apprécié la valeur relative, proposer ceux que les faits propres ou empruntés à d'autres praticiens, ont fait reconnaître pour être les plus efficaces.

*Rapport sur un ouvrage présenté au concours ouvert par MM. le docteur et le pharmacien Garbiglietti, diplômés par le collége de médecine de Turin, relatif à la tuberculisation, lu dans la séance du 7 juin 1848 de l'Académie royale médico-chirurgicale de cette ville, au nom d'une Commission spéciale composée de MM. Berruti, président; Battaglia, Garbiglietti et Sachero*; par M. Girola, rapporteur.

La tuberculisation en général et la tuberculisation pulmonaire en particulier, terrible fléau de la fleur de la jeunesse, auquel notre art n'a su, jusqu'à présent, opposer aucun remède, a fixé l'attention et le cœur de l'estimable docteur chirurgien collégial *Garbiglietti* père, lequel a manifesté à ses enfants l'intention de fonder un prix pour engager les médecins les plus distingués parmi ceux qui observent et étudient cette maladie, à en mieux rechercher les causes, à en faire connaître le début, la marche et, ce qui importe davantage, la manière de la prévenir et de la traiter avec succès, quand elle s'est déjà développée. Malheureusement une mort prématurée est venue interrompre un si louable dessein. Mais ses dignes enfants ont voulu mettre en exécution ses vues philanthropiques et généreuses, et se sont adressés à cet effet à l'Académie royale médico-chirurgicale, pour formuler les questions à poser. Le programme, rédigé par la Commission qu'elle a nommée expressément, a été approuvé et publié.

Attendu que l'époque fixée pour la présentation des mémoires est passée depuis quelque temps, la commission ayant émis son vote sur le seul travail qui lui est parvenu, se fait un devoir de vous en offrir un aperçu et de soumettre à votre appréciation le jugement qu'elle en a porté.

Ce seul mémoire, fort étendu et qui peut renfermer la matière de deux gros volumes in-8°, compense amplement le manque d'autres que nous nous attendions à recevoir. Au point de vue de l'érudition il comprend sommairement tout ce qui a été écrit sur la tuberculisation, notamment sur la tuberculisation pulmonaire, par les anciens et par les modernes; bien qu'il s'écarte souvent

de son but, en traitant des questions physiologiques et pathologiques accidentelles, qui ont toutefois une connexion plus ou moins intime avec le sujet principal, à l'aide des lumières empruntées aux sciences accessoires, particulièrement à la chimie, ce qui témoigne des connaissances nombreuses et choisies que possède l'auteur et du jugement peu commun dont il est doué. Quant à la méthode, il procède successivement à l'examen des questions, en suivant l'ordre de leur exposition, et les résout en faisant usage de tous les genres d'arguments fournis par l'observation et l'expérience des temps passés et moyennant toutes les découvertes faites de nos jours. — Ainsi, la Commission n'hésite pas à préétablir qu'on peut justement considérer ce travail comme une monographie complète de la tuberculisation.

A l'appui de ce jugement, la Commission peut citer la réponse à la première question qui présente la description des signes extérieurs et fonctionnels de la constitution tuberculeuse tracée d'après les plus exactes descriptions phénoménologiques que l'observation ait constamment confirmées, de manière qu'on peut la regarder comme un tableau fidèle, exact et complet. Il en est de même de celui qui concerne la seconde question dont l'objet est d'exposer les signes qui révèlent la présence des tubercules, spécialement des tubercules pulmonaires, en voie de formation ou de développement. On y trouve mentionnés tant les signes dits rationnels que les signes physiques ou statiques, sur lesquels l'auteur établit particulièrement la connaissance de la tuberculisation dans sa première phase, alors qu'elle est bien plus susceptible de guérison que dans les périodes ultérieures. La totalité des symptômes, groupés et soumis à l'analyse et à la synthèse, satisfait à ce désir, autant que le permet l'état actuel de la science.

La troisième question, relative à la marche progressive de la tuberculisation, est traitée avec beaucoup d'étendue et de détails. On y trouve d'abord une description du cours entier de la maladie ; puis, une exposition des symptômes particuliers et différentiels des diverses périodes, ainsi que des changements pathologico-organiques successifs qui constituent le caractère anatomique de l'affection dans ces mêmes périodes. A ces considérations sont ajoutées des recherches savantes et des explications ingénieuses sur le mode d'évolution de ces phénomènes et de ces altérations morbides.

L'auteur avait déjà fait preuve, dans sa réponse à la première question, de beaucoup de perspicacité dans le choix des signes diagnostiques propres à distinguer la tuberculisation des maladies congénères. Dans un chapitre, à ce destiné, il soumet à une

nouvelle analyse les symptômes et les signes de cette affection ; les compare avec ceux des maladies laryngées, bronchiques et pulmonaires qui se confondent et se compliquent le plus facilement avec elle ; ensuite, à l'aide d'une méthode très-rationnelle d'élimination, il parvient à les séparer, à les distinguer les uns des autres, et en déduit un tableau diagnostique et pronostique, ainsi qu'un traitement respectif, simple et précis.

Il s'agit, dans la troisième question, de rechercher particulièrement la forme primitive des tubercules ; leur siége ; les changements qu'ils éprouvent, en rapport avec ceux qui surviennent dans le parenchyme du poumon et d'autres organes qui en sont affectés ; les signes qui y révèlent leur présence. L'auteur fait remarquer à ce sujet : que les tubercules se composent de granulations qu'il regarde comme non organiques, mais résultantes d'une sécrétion morbide particulière de lymphe plastique, laquelle, en se condensant, vient à envelopper ou à investir plusieurs cellules pulmonaires en même temps que quelques vaisseaux capillaires, qui donnent une apparence organique aux tubercules ; que, par la suite, ces granulations se transforment en tubercules, au moyen d'une substance intermédiaire, dite *hyaline*, qui les réunit ensemble ; que plusieurs auteurs, cependant, pensent que ces granulations sont des débris d'acéphalocystes ou d'hydatides. — Il en place le siége, tant dans les cellules pulmonaires que dans le tissu interstitiel, et concilie ainsi l'opinion de ceux qui l'établissent exclusivement dans l'intérieur des cellules ou dans les aréoles du tissu cellulaire. — L'infiltration tuberculeuse se distingue des tubercules parce qu'au lieu de se présenter sous la forme de tubercules arrondis, elle apparaît sous celle de poussières ou de granulations tuberculeuses, ou de couches grises (*infiltration grise*), ou jaunes (*infiltration jaune*), quoique chacune de celles-ci ne diffère pas substantiellement de la matière tuberculeuse.

L'auteur après avoir admis la division des tubercules en (*crudi*) crus, et (*fondenti*) fondants, y rapporte leur passage de l'un à l'autre de ces deux états, ainsi que les changements que subit, en même temps, le parenchyme pulmonaire ; le tout enrichi de tant d'observations, de recherches, d'expériences relatives aux produits de la tuberculisation et de la phlogose qui la complique, qu'il parvient à élucider toutes les phases que cette affection présente dans son cours.

Dans sa réponse à la sixième question, il donne l'analyse microscopique et chimique des tubercules et du sang des tuberculeux. L'analyse microscopique tend à confirmer la forme globulaire primitive des tubercules, tandis que l'analyse chimique en

signale la composition, consistant en une matière animale *sui generis*, et en divers sulfates et phosphates calcaires qui s'y rencontrent en différente proportion. — Quant au sang, on l'a trouvé altéré, spécialement dans ses globules, et moins coagulable, dans le cas où il n'existe pas de complication phlogistique intense; il ressemble, en général, à celui des scrofuleux. — Suivant lui, quand la substance hyaline, au moyen de laquelle les granulations des tubercules sont réunies, vient à se liquéfier, ceux-ci se disgrègent, se fondent, et donnent ensuite naissance à l'excavation pulmonaire; soit que la partie animale huileuse des tubercules vienne à être absorbée, tandis que la partie calcaire reste, les tubercules passent à l'état gypseux ou calculeux ; soit qu'en s'entourant d'un kyste qui les séquestre du poumon, ils passent à l'état que l'auteur appelle d'*obsolescenza*, ou d'innocuité; soit encore, comme il advient quelquefois, ils soient fondus, absorbés, éliminés ou expulsés par l'expectoration. Lorsque les tubercules se liquéfient, il arrive rarement qu'ils n'entraînent la consomption et qu'ils ne détruisent la vie en même temps que les poumons. Néanmoins, dans ce cas, tout espoir n'est pas perdu, puisqu'il arrive parfois que les cavernes survenues se remplissent de lymphe plastique et s'oblitèrent, ou sont cimentées et arrêtées dans leurs progrès ultérieurs par un dépôt de cette même substance; et leur cicatrisation a lieu suivant ces différents modes. — Que si, par bonheur, les tubercules venaient à se terminer d'une autre manière, on pourrait s'attendre à des chances plus favorables.

L'étiologie de la tuberculisation, sujet de la septième question, embrasse l'influence qu'exercent toutes les causes éloignées, qui sont distinguées en prédisposantes et occasionnelles; et subdivisées : les premières, en causes inhérente sà l'organisme ; et, les secondes, en causes externes et modificatrices de ce même organisme. Parmi les prédisposantes du premier genre, sont rangés le sexe, l'âge, la constitution, le tempérament; au deuxième genre appartiennent la nourriture habituelle, à commencer par l'allaitement, les climats, les localités, la demeure, la propreté de la personne et le genre de vie pris dans leur ensemble. A toutes ces causes, sensément et respectivement appréciées, il attribue une grande part à la génésie du germe mobifère de la tuberculisation.

L'auteur classe ensuite parmi les causes déterminantes, l'humidité, l'air impur, certaines professions, l'abus du vin et des liqueurs spiritueuses, les affections de l'âme et quelques causes locales directes, comme la déclamation portée à l'excès, la vocifération, le chant, le jeu des instruments à vent, et enfin l'inspiration

de corpuscules ou de vapeurs matériellement ou virtuellement nuisibles.

D'après la réunion de toutes les causes sus-indiquées, il est d'avis que la résultante, cause prochaine de la tuberculisation, considérée dans l'économie entière est de fond asthénique ; la sthénie vient à s'y ajouter seulement dans le cas où se développe la maladie en conséquence de la phlogose qui s'est allumée.

Dans tout ce chapitre des causes, on doit le dire, il n'y a rien de nouveau ; mais il ne s'y trouve non plus aucune imperfection qui laisse incomplète la solution de la question.

Il s'agit dans la huitième question de la contagiosité de la tuberculisation. Après avoir préalablement jeté un coup-d'œil sur les auteurs classiques qui ont été contraires ou favorables à ce genre de transmission, et appuyé sur un grand nombre de faits, l'auteur conclut qu'on ne peut nier la propagation de la maladie par la voie d'une assidue, longue et immédiate cohabitation avec les tuberculeux, en inspirant l'air qu'ils ont expiré et en absorbant leurs exhalations cutanées, produits dans lesquels il croit que se trouve suspendu ou entremêlé un contage volatil, ou un miasme contagieux. La Commission, ne se prononçant pas sur ce point, se borne à dire que l'auteur établit son opinion sur des faits bien observés et sur le raisonnement.

La neuvième question comprend un sujet sur lequel il y a beaucoup d'opinions controversées. En premier lieu, on demande jusqu'à quelle époque de son développement la tuberculisation est guérissable ? Ensuite, alors qu'elles sont plus susceptibles de guérison, quelles sont les lésions qui donnent lieu à cette fatale conséquence ? — L'auteur, contrairement à l'avis de plusieurs auteurs, soutient qu'on peut obtenir la guérison de la maladie, ou bien que la *sanabilità* de la maladie est possible, dans toutes ses périodes, tant par les moyens naturels que par ceux que l'art y ajoute. Il rapporte à ce sujet des guérisons obtenues par plusieurs illustres cliniciens et il mentionne celles qui lui sont propres et qui sont au nombre de dix. Après cela, il invoque les observations de célèbres professeurs d'anatomie pathologique qui ont vu et reconnu dans les poumons, atteints depuis longtemps de l'affection dont il s'agit, les tubercules dissipés, évanouis, ou passés à l'état calcaire, ou remplacés par des kystes vides ; ou ces tubercules éliminés au dehors, et, enfin, les cavernes, qui en résultaient, cicatrisées. L'auteur fait remarquer que les seules forces de la nature conduisent rarement à des terminaisons fortunées semblables ; mais il y a plus de chance que cela arrive quand ces forces sont convenablement secondées par un traitement général et particulier entre-

pris en temps utile. D'un autre côté, réfléchissant sur les altérations pulmonaires prémentionnées, il fait connaître comment la tuberculisation vient se terminer le plus communément par la mort.

La dixième et dernière question concerne exclusivement le traitement, tant prophylactique, que curatif. — Dans sa réponse, l'auteur, après avoir reproduit son opinion favorable à la *sanabilità* ou à la possibilité de guérison de la tuberculisation, expose les moyens et les méthodes qu'il croit susceptibles de conduire à un but si désirable. Pour ce qui regarde la prophylaxie, les mesures qu'il propose sont toutes hygiéniques. Premièrement il conseille de fuir les causes sus-mentionnées, ou, du moins, de chercher à les neutraliser. Ensuite, il recommande un climat tempéré et sain; un lieu sec et sain pour habitation; un régime de vie, secondé au besoin par des agents thérapeutiques, pour conserver l'équilibre fonctionnel de toute l'économie, dans la persuasion que toute espèce de désordre fonctionnel tend à donner naissance à la maladie.

Après cela, il traite de la cure thérapeutique de la tuberculisation, lorsqu'elle est développée. Il passe en revue toutes les méthodes, tous les remèdes qui ont été particulièrement recommandés. En premier lieu, il fait mention de la méthode de traiter l'étisie décrite par *Hippocrate* qui employait les purgatifs, les émétiques, les caustiques et le lait; de celle de *Celse*, avec le lait, avec un régime sévère, avec le séjour dans le climat d'Alexandrie d'Egypte; de celle de *Galien* avec la saignée et les opiacés; de celle de *Sydenham*, avec la saignée, les cathartiques et les pectoraux; de celle de *Morton*, avec la saignée, le vin émétique, ses pilules balsamiques et la diète lactée; de celle de *Salvadori*, avec le vin, des aliments grossiers, des exercices poussés à l'excès; de celle de *Scudamore*, avec une nourriture abondante, de la bière pour boisson; de l'huile de foie de morue; des inspirations de vapeur d'iode et de la fumée de ciguë; l'usage d'une mixture composée d'une décoction de salsépareille mélangée de chaux, de potasse et de soude, jointe à l'administration de quinine, de la teinture de mars et du nitrate d'argent (1); de celle de *Bennet*, avec la naphte, de bons aliments, le lait, la saignée et les révulsifs; de celle, enfin, de *Bureaud Rioffrey* et de *Louis*, qui est purement symptomatique.

(1) Le docteur *Gastaldi*, jeune médecin de grande espérance, après avoir fait des expériences sur des animaux et sur lui-même a proposé contre la maladie dont il est question, l'inspiration du nitrate d'argent préalablement réduit en poudre très-fine (et cela bien avant M. le docteur *Thomas* de Baltimore).

Dans autant d'articles séparés il traite de la saignée, des émétiques, de la digitale, de l'iode, du proto-iodure de fer, de l'huile de foie de morue, de la naphte, de l'ammoniaque et de ses sels, de l'acide hydrocianique, de la thoracenthèse comme moyen compressif et évacuant, du lichen, du *phellandrium aquaticum*, du chlorure de soude, des préparations de quinquina, et sur tout autre remède pharmaceutique, des diverses préparations de seigle ergoté. En parlant de tous ces médicaments, l'auteur nomme ceux qui les ont proposés, il rapporte les observations et les raisons qui militent en leur faveur, le mode de leur administration le plus convenable, et il a soin d'émettre, sur chacun d'eux, son propre jugement, basé le plus souvent sur des observations et sur des expériences qui lui appartiennent.

Dans la conclusion, il condamne la saignée excessive et la saignée timide ; il ne rejette pas absolument les émétiques ; il approuve la digitale et, particulièrement, la digitaline ; il tient compte de l'iode et du proto-iodure de fer, il se loue davantage de l'huile de foie de morue : enfin, il témoigne une très-grande confiance dans les diverses et dans toutes les préparations de seigle ergoté, à l'aide desquelles il dit avoir obtenu de grands succès et des guérisons.

Mais c'est en se conformant aux indications à remplir qu'on doit, suivant lui, régler rationnellement la méthode curative, tantôt en recourant à la saignée, surtout au début de la maladie ; tantôt en employant d'autres remèdes. Il fait toutefois remarquer que le seigle ergoté est utile et avantageux dans toutes les phases de la maladie.

Ce sommaire si restreint, eu égard à l'abondance si copieuse de la matière, que la Commission vous présente, messieurs et honorables collègues, ne suffit sans doute pas pour vous démontrer tous les genres de mérite que renferme l'œuvre dont il s'agit ; mais servira, j'espère, à vous donner une idée de l'immense valeur qu'il présente dans son ensemble, et à vous mettre à même de l'apprécier.

D'après ce qui précède, la Commission pense que le prix *Garbiglietti* doit être décerné à l'auteur de ce mémoire. La commission fonde son jugement sur la fort grande étendue du travail, non sur la prolixité des phrases, mais sur les nombreuses connaissances scientifiques qui ont des rapports directs ou indirects avec la tuberculisation ; sur la multiplicité des doctrines çà et là appliquées à propos ; sur la manière distinguée avec laquelle les questions sont méthodiquement traitées et résolues dans toutes leurs parties ; sur les planches litographiées qui représentent exactement

les tubercules aux divers degrés de la maladie, ainsi que les lésions ou les cicatrices qui y succèdent ; enfin, sur la grande quantité de citations d'autorités anciennes et modernes, d'observations et d'expériences, de théories, d'opinions, de raisonnements et d'hypothèses qui rendent le travail complet et offrent un répertoire qui contient tout ce que l'on sait, jusqu'à ce jour, touchant la tuberculisation. Aussi, ne craignons-nous pas d'être démenti en affirmant que de tous les ouvrages publiés jusqu'ici sur la tuberculisation, spécialement sur la tuberculisation pulmonaire, celui-ci est le plus complet, à le considérer dans toutes ses parties réunies, attendu qu'il est le mieux élaboré et le plus sagement coordonné. Nous ne voulons pas dire par là qu'il renferme de grandes nouveautés, des découvertes ou des idées extraordinaires, mais nous attachons un grand prix, outre à ce que nous en avons déjà dit de louangeur, à l'esprit de médecine rationnelle et expérimentale qui domine d'un bout à l'autre tout le travail.

En conséquence, nous émettons le vœu qu'il soit publié dans son entier, et nous engageons l'Académie à prendre des mesures convenables à cet effet, tant dans l'intérêt de l'instruction publique, qu'en honneur de l'auteur de cet œuvre scientifique digne d'éloge.

*Les membres de la commission*:
Berruti, *président*;
Battaglia ; Garbiglietti ; Sachero ;
Girola, *rapporteur*.

L'Académie, après avoir adopté les conclusions du rapport et accordé le prix, ayant procédé à l'ouverture du billet cacheté contenant le nom de l'auteur, a reconnu que c'était M. Louis Parola, *de Coni, l'un de ses membres correspondants.*

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

## HOPITAL ST-JEAN. — Service de Monsieur DEROUBAIX.

Interne M. Bonnevie.

*Statistique des malades traités pendant le premier semestre de 1851. — Observations.*

### *En traitement le 1er janvier 1851.*

| NOMS. | AGE. | PROFESSION. | GENRE DE MALADIE. | DATE DE L'ENTRÉE. | DATE DE LA SORTIE. | TRAITEMENT. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| V. D. B..., D. | 47 | Sans profess. | Rhumatisme chronique. | 1850. Mai 25. | En traitement. 1851. | Huile de foie de morue. Frictions avec la teinture d'iode. 3 vésicatoires. |
| V. G..., Ph. | 16 | Cordonnier. | Scrofules. Gonflement des vertèb. cerv. et lombaires. | Juillet 1er. | Décédé le 2 juin 1851. | Iodure de fer. Huile de foie de morue. toniques. Cautères. (*V.* obs. I ) |
| Sch..., Jean. | 37 | Menuisier. | Ulcère atonique à la jambe. | » 31. | Février 17. | Compression du membre. Pansement de l'ulcère avec le styrax. Repos. Régime tonique. |
| V. O. B. G , | 17 | Sans profess. | Esquilles à la jambe droite. Suite de fract. de jambe. | Août 21. | Mars 3. | Extirpation des esquilles. Émollients. |
| V. D. H G., | 64 | Journalière. | Ulcères (vastes) gangréneux à la jambe gauche. | Septemb. 3. | Janvier 2. | Poudre de chêne. Potion tonique à l'intérieur. |
| St..., Hélène. | 29 | Servante. | Kystes colloïdes de l'ovaire. | Octobre 18. | Mars 10. | Ponction exploratrice. Hydriodate de potasse en frictions. |
| S..., Louise. | 42 | » | Ankylose du genou droit. | Novembre 6. | Mai 27. | Mouvements. Déambulation au moyen de béquilles. Bains. Point d'amélioration sensible. |
| D. V..., Th. | 51 | Ménagère. | Ulcère variqueux à la jambe gauche. | » 8. | Janvier 6. | Bandage compressif. Pansement avec le mixtum. |
| Huss..., P. J. | 47 | Mécanicien. | Rétrécissement de l'urètre. | » 7. | En traitement. | Cathétérisme. Opération de la boutonnière. Sondes à demeure. |
| Gil..., Jos. | 21 | Servante. | Chûte de matrice. | » 14. | Janvier 20. | Bains. Soins de propreté. Réduction. Pessaire de M. Bonneels. |
| Van..., F. | 74 | Menuisier. | Incont. d'urine Catarr. vés. | » 22. | Février 12. | Sonde à demeure. Régime tonique. |
| God..., Louis. | 42 | Maçon. | Chûte et commotion cérébrale. | » 29. | Janvier 6. | Après la réaction, sangsues à la région mastoïde. Diète. |
| Wyd..., Vict. | 27 | Ébéniste. | Entorse du pied gauche. | Décembre 6. | » 11. | 1° Résolutifs. 2° Bandage compressif. Repos. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| V. D. B .., L. | 19 | Boulanger. | Onyxis chronique du gros orteil. | Décembre 10 | Février 10 | Extirpation de l'ongle et de sa matrice. Cautérisation avec le nitrate de mercure. Pansement avec le vin blanc miellé. |
| Orn..., Franç. | 56 | Pontonnier. | Contusions des deux genoux. Résorption purulente. | » 11 | Mort le 20 janv. | 1° Résolutifs. 2° Injection avec l'eau de Labarraq. dans les trajets fistuleux survenus. Incisions. |
| Rol..., Marie. | 22 | Servante, | Érysipèle. Phlegmon à la jambe. | » 11 | Février 15 | 1° Ouverture de l'abcès. Cataplasmes émollients. 2° Pansement simple. |
| Seut..., Fr. | 56 | Journalier. | Plaie de tête. | » 14 | Janvier 4 | Réunion immédiate. |
| Tul..., Anne. | 37 | Servante. | Mammite. | » 14 | » 23 | Ouverture spontanée de l'abcès. Injection dans le trajet fistuleux avec l'eau créosotée. |
| M..., Albert. | 92 | Sans profess. | Plaies de tête. | » 14 | Mai 7 | Réunion immédiate. |
| Sim..., P. | 50 | Débardeur. | Fracture de côtes. | » 16 | Janvier 11 | Bandage de corps. Repos. |
| Ver..., B. | 30 | Servante. | Ulcères variq. à la jambe. | » 16 | » 27 | Bandage compressif. Pansement avec l'eau de Labarrraque. |
| De B..., Jos. | 24 | Journalier. | Plaie du coude gauche avec trajets fistuleux. | » 21 | » 22 | Injection avec le chlorure d'oxide de sodium. Compression sur le trajet fistuleux. |
| De Buc..., P. | 49 | » | Panaris de l'index avec exfoliation des tendons. | » 25 | » 18 | Flexion du doigt. Bandage amidonné, guérison avec ankylose. |
| Jans..., F. | 17 | Servante. | Panar. de l'ind. de la main d^e^. | » 27 | » 2 | Débridement. Antiphlogistiques. Bains. |
| Thir..., Th. | 16 | Tapissier. | Catarrhe vésical. Contusion de l'abdomen. | » 28 | Mort le 14 | Sangsues à l'hypogastre. Cataplasmes émollients. Bains. Cathétérismes. |
| Haesen, L. | 30 | Scieur de long | Plaie au gros orteil du p. g. | » 30 | Sorti le 11 | Réunion imméd. Pansement simple. |

## *Mois de janvier 1851.*

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Col.. , Charl. | 63 | Lingère. | Contusion du genou droit. | Janvier 1^er^ | Janvier 20 | Résolutifs. Bandage légèrement compressif. Repos. |
| Ad..., Ang. | 26 | Servante. | Mammite aiguë du sein gauche. | » » | » 11 | Ouverture du foyer purulent. Cataplasmes émollients. |
| Han..., Vict. | 22 | » | Entorse du pied droit. | » 4 | Février 15 | 1° Résolutifs. 2° Bandage amidonné. |
| Goos..., P. | 31 | Garçon brass. | Brûlure du pied au 2^e^ degré. | » 6 | » 8 | Pansem. avec le cérat laudanisé. Diète. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ev..., Marie. | 57 | Servante. | Varices. | Janvier | 6 | Février 18 | Compression. Repos. |
| Dav. ., Émel. | 28 | | Plaie à la paup. sup. et à l'arcade sourcill. droite. | » | 6 | Janvier 20 | Réunion par deuxième intention. |
| Ham..., Pasc. | 50 | Batelier. | Contusion du genou. | » | 10 | » 18 | Bandage amidonné. Repos. |
| Hoff..., Jacq. | 53 | Débardeur. | Fracture du radius. | » | 11 | Février 24 | Réduction. Bandage amovo-inamov. |
| Col..., Louis. | 25 | Domestique. | Furoncle à la jambe droite. | » | 14 | Janvier 16 | Incision profonde. Pansement avec l'onguent mixtum. |
| Herm.. , Ch. | 51 | Journalier. | Ulc. à la rég. du tend. d'Ac. | » | 14 | Février 10 | Pansement avec le styrax. |
| Lard..., J. G. | 15 | Sans profess. | Furoncle à la jambe droite. | » | 15 | Janvier 27 | 1° Incision (large). 2° Rapproch. des bords de la plaie. |
| De R.. , Eg. | 32 | Journalier. | Brûlure de la main gauche. | » | 15 | » » | Gantelet. Pansement avec le cérat laudanisé. |
| Dech .., P. | 42 | » | Ulc. variqueux à la jambe gauche. | » | 16 | Mars 3 | Compression Pansement avec la charpie imbibée d'eau créosotée. |
| Vandenb..., J. | 25 | Barbier. | Entorse acromio-clav. à dr. | » | 17 | Janvier 21 | Bras en écharpe. Résolutifs. Repos. |
| Ritter, A. C. | 53 | Cultivatrice. | Carie du métacarp. Panaris. | » | 20 | Mars 21 | Résection du 3e métacarpien. |
| M..., J. B. | 47 | Débardeur. | Luxation du coude en arrière. | » | 21 | » 31 | Réduction. Résolutifs. Bandage amidonné. Le malade conserve de l'ankylose. |
| Mag..., And. | 50 | Journalier. | Commotion de la moëlle, suite de chûte. | » | 21 | » 27 | Après la réaction, saignée de ℥xij Diète pendant 3 jours. |
| Taym..., Jos | 20 | Dentellière. | Anthrax à l'omoplate. | » | 24 | » 11 | 1° Incision cruciale. 2° Pansement avec le styrax. |
| Bi.., Arcadie. | 32 | Servante. | Ulcère variq. à la jambe droite. | » | 26 | » 1er | Bandage compressif. Pansement de l'ulcère avec l'eau de Labarr. |
| S..., Amélie. | 32 | » | Plaie de tête. | » | 27 | Février 10 | Réunion. |
| De B..., P. | 55 | Fact. de poste. | Hydrocèle enkystée à droite. | » | 27 | Avril 23 | Excision du kyste. Pansement avec le styrax. (*V.* obs. II.) |
| Ren..., Ch. | 50 | Maçon. | Plaie avec esquilles. | » | 27 | Février 1er | Extirpation des esquill. Pans. simple. |
| V. D. V..., F. | 19 | Cigarier. | Entorse tibio-tarsienne. | » | 27 | » 17 | Bandage amidonné. Repos. |
| Verm..., Jul. | 36 | Servante. | Rhumatisme musculaire. | » | 28 | Avril 21 | Frictions avec l'esprit-de-vin. Bains. Purgatifs. |
| Koc..., Fréd. | 40 | Boulanger. | Retrécissement de l'urètre. | » | 29 | Fév. 11, sort. ex. | Cathétérisme. |
| Verh..., A. M. | 27 | Servante. | Écorch. aux ort. du pied dr. | » | 7 | Jan. 10, sort. ex. | Pansem. avec l'ong. de précip rouge. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Less..., P. J. | 56 | Journalière. | Hydrocèle à droite. Hydrarthrose chronique du genou. | Janvier 31 | Juin 25 | 1° Opération de l'hydrocèle par excision. 2° Vésicatoire sur le genou. Bandages. Résolutifs. (*V.* obs. III.) |
| Vanl..., Ant. | 34 | Servante. | Arthrite chronique du genou droit. | » 30 | » 30 sortie demand. | 1° Emplâtre ammoniacal. Vésicatoires. 2° Bandelettes de vigo. Compression. 3° Teinture d'iode en friction. Bains. (*V.* obs. IV.) |

## *Mois de février.*

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gr..., J. B. | 57 | Music. amb. | Hydrocèle. Eczéma de la peau scrotale. | Février 1er | Février 14 | Pansement avec l'onguent au calomel. Compression au moyen de bandelettes de vigo. |
| De Br..., P. | 42 | Maréchal. | Contus. de la cuisse gauche. | » 3 | » 4 | Repos. Régime approprié. |
| V. D. S., Th. | 27 | Servante. | Plaie simple au niveau de la crête du tibia. | » 6 | Mars 26 | Réunion par deuxième intention. Rapprochement des bords de la plaie au moyen de compresses graduées. Bandage. |
| Hees..., Élis. | 25 | » | Contusion de la poitrine. | » 8 | Février 14 | Bandage de corps. Repos. |
| Greg.., Vict. | 33 | Typographe. | Varicocèle. | » 11 | Avril 12 | Cautérisation des veines avec le caustique de Vienne. (*V.* obs. V.) |
| Mal..., And. | 50 | Journalier. | Entorse du pied droit. | » 11 | Mars 10 | Bandage amidonné. Repos. Immobilité. |
| De Lo .., Ch. | 43 | » | Furoncle. | » 11 | » 17 | Incision. Pansement avec le styrax. |
| Detel..., J. F. | 77 | Sans profess. | Fracture de la cuisse. Hydrocèle ancienne. | » 11 | Décédé le 29 mars. | Réduction de la fracture. Bandage amidonné. |
| War..., Jos. | 28 | Tisserand. | Fracture ancien. du péroné. | » 13 | Février 17 | Ponction de l'hydrocèle. |
| Wass..., Ign. | 56 | Journalier. | Érysipèle phlegmoneux, au gros orteil. | » 13 | Mars 6 | 1° Incision. Cataplasmes émollients. 2° Pansement simple. |
| Delfort..., Fl. | 30 | Ménagère. | Arthrite chronique. | » 18 | » 17 | Huile de foie de morue. Toniques. |
| Smt..., Aug. | 27 | Plombier. | Plaie à la tête et à la jambe gauche. | » 18 | » 5 | Pansement simple à plat. |
| Van V..., C. | 50 | Ménagère. | Trajets fistuleux vis-à-vis du grand trochanter droit. | » 21 | Mai 31 | Incisions. Agrandissement du trajet fistuleux au moyen de l'éponge préparée. Injections avec la teinture de myrrhe et d'aloès. (*V.* obs. VI.) |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Carl..., Aug. | 17 | Cultivateur. | Hernie inguinale congénit. à gauche. | Février 21 | Mai 25 | Réduction. Bandage contentif. |
| Meg..., Dom. | 19 | Maçon. | Plaie à la région palpébrale droite. | » 24 | » 6 | Réunion immédiate. |
| Savon..., Jos. | 23 | Menuisier. | Hydrarthrose. | » 26 | Mai 8, sort. exig. | Résolutifs. |
| Florée, P. | 30 | Journalier. | Abcès à la cuisse. | » 28 | Mai 31 | 1° Ouverture du foyer. Cataplasmes émollients. 2° Pansement simple. (*V.* obs. VII.) |
| Mag .., Ant. | 51 | Servante. | Squirrhe des ganglions axillaires. | » 23 | En traitement. | 1° Caustique de Canquoin. Pansement avec le styrax. 2° Frictions avec l'extrait de ciguë et l'opium. Extrait de ciguë à l'intérieur. |

## *Mois de mars.*

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Bail..., Amb. | 52 | Domestique. | Érysipèle à la jambe gauche. | Mars 1er | Avril 1er | Bandage légèrement compressif. Élévation du membre. Repos. |
| Delf .., Ch. | 50 | March. amb. | Fracture du péroné. Luxat. du pied en arrière. | » 3 | » 23 | Réduction immédiate. Bandage amidonné. 2° Friction avec l'esprit-de-vin camphré à la fin du traitement. (*V.* obs. VIII.) |
| Dand..., Léon | 41 | Écrivain. | Plaie du front. | » 4 | Mars 10 | Réunion au moyen de bandelettes de sparadrap. |
| Vand..., H. | 23 | Journalier. | Fracture au 1/3 moyen de la cuisse gauche. | » 8 | Avril 7 | Réduction immédiate. Bandage amovo-inamovible. |
| De Back, Ed. | 21 | Garçon boul. | Exostose du tibia droit. | » 10 | » 28 | 1° Pilules mercurielles à l'intérieur. 2° Bandelettes de vigo autour du membre. Bandage légèrement compressif. |
| Tay..., G. | 17 | Sans profess. | Ulcèr. scrofuleux à la jambe droite. | » 11 | » 1er sortie demand. | Pansement avec eau de Labarr. Compression, toniques. |
| Dev..., J. B. | 35 | Journalier. | Varices à la jambe gauche. | » 12 | Avril 8 sortie exigée. | Cautérisation de la saphène avec le Caustique de Vienne. Pansement avec le styrax. Compression méthodique du membre. (*V.* obs. IX.) |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dew..., H. | 47 | Serrurier. | Contusion de la hanche. | Mars | 13 | Mars 24 | Résolutifs. Repos. |
| Pet..., Ad. | 21 | Compositeur. | Ulcère à la jambe gauche. | » | 13 | Avril 20 | Pansement avec le mixt. Bandage compressif. Repos. |
| Pan..., F. | 19 | Fondeur en f. | Entorse radio-carp. à gauc. | » | 15 | Mars 26 | Bandage amidonné. |
| Pon..., Henri. | 4 | Journalier. | Ulcère calleux à la jambe g. | » | 15 | Avril 7 | Réunion des bords de l'ulcère avec des bandelettes de sparadrap. Compression méthodique. Pans. rares. |
| Vig..., Aug. | 18 | Batelière. | Contusion du genou gauche. | » | 16 | Mars 19, sort. ex. | Foment. résolut. Repos, |
| Bot..., P. | 47 | Infirmier. | Entorse du pied gauche. | » | 17 | Mars 27 | 1° Bandages amid. Repos. 2° Frictions avec l'esprit de savon. |
| Wass..., Ig. | 30 | Journalier. | Cont. superfic. à la jambe g. | » | 17 | » 26 | Bandage légèrement compressif. Repos |
| Bauw..., Col. | 43 | Ménagère. | Hernie vésico-vaginale. Sciatique. | » | 17 | Avril 10 | Bains. Pessaire de M. Bonneels. Acupuncture pour la sciatique. Frictions avec l'esprit de savon camphré. (*V.* obs. X.) |
| Christ..., M. | 30 | Couturière. | Contusion de la face. Névralgie de la 5e paire. Attaq. épileptiforme. | » | 18 | Mai 9 | Résolutifs. Acétate de morphine. (Mét. endermique.) Sulfate de quinine. (*V.* obs. XI.) |
| Dev..., J. B. | 11 | Sans profess. | Fract. au 1/3 inf. de l'hum. g. | » | 25 | » 2 | Réduction imm. Bandage amovo-inam. |
| Big .., J. B. | 31 | Bottier. | Plaie transversale au-dessus du genou gauche par instrument tranchant. | » | 27 | Avril 22 | Points de suture. Réunion immédiate. Cataplasmes. Compression sur le trajet fistuleux. |
| Jans..., J. B. | 36 | Garçon brass. | Brûlure, 2e degré, du pied et de la jambe gauche. | » | 28 | » 18 | 1er jour. Pansement avec le cérat laudanisé. Ensuite pansement ouaté. (*V.* obs. XII) |
| Stroyk..., J. | 35 | Employé aux taxes mun. | Plaie du cou (instrument tranchant.) | » | 29 | Décédé le 4 mai. | Bandage unissant des plaies du cou, Trachéotomie. (*V.* obs. XIX.) |
| De R..., J. B. | 32 | Ouvrier de la voierie. | Déchirure de quelques fibres du trapèze. | » | 29 | Avril 29 | Frictions avec l'esprit de vin. Bras porté en écharpe. Repos. |
| Ad..., Rosalie | 21 | Servante. | Arthrite aiguë du genou. | » | 30 | Juin 7 sortie demand. | Sangs. Catapl. émoll. Frict. mercur. Vésicat. Band. en gutta. Band. amid. Potion nitrée. Vin de colchique. Incisions. Elle conserve de l'engorgement autour du genou. (*V.* obs. XIII.) |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pet..., Ad. | 21 | Typographe. | Ulcères à la jambe droite. | Mars 31 | Avril 28 | Traitement mercuriel. Cautérisation des bourgeons. Pansement avec le styrax. |

***Mois d'avril.***

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Gils..., H. | 62 | Cocher. | Ulc. variqueux à la jambe. | Avril 6 | Mai 19 | Bandage compressif. Repos. |
| Vank..., Aug. | 22 | Servante. | Péritonite. Tumeur à la région iliaque. | 7 » | Juin 23 | Catapl. Repos. Frict. mercur. Ciguë. Laxatifs. Iodures. (*V.* obs. XIV.) |
| G..., Jeanne. | 35 | » | Mammite double. | » 7 | Mai 12 | 1° Incision. Cataplasmes. 2° Frictions iodurées. 3° Compression. |
| V. S..., Gér. | 9 | Sans profess. | Luxation du coude. | » 7 | Avril 28 | Réduction. Bandage amidonné. |
| M..., Fort. | 43 | Dentellière. | Abcès à la rég. parotide g. | » 8 | » 10 | Ouverture de l'abcès. Cataplasmes. |
| B..., Guill. | 27 | Relieur. | Ulcère à un moignon. | » 11 | Mai 4 | 1° Cataplasmes. 2° Réunion au moyen de bandelettes |
| Mich..., Jacq. | 28 | Débardeur. | Contusion du genou droit. | » 12 | Avril 17 | Fomentation résolut. Compression. Repos. |
| Neuk.... J. B. | 17 | Journalier. | Déch. de qq. fib. du gr. fess. | » 13 | » 23 | Frictions avec l'esprit-de-vin. Repos. |
| Mey..., P. J. | 38 | Cocher. | Contusion du pied. | » 16 | » 28 | Résolutifs. Repos. |
| Faen..., J. P. | 16 | Journalier. | Entorse du pied gauche. Phlegmon. | » 16 | Mai 1er | 1° Ouverture de l'abcès. Cataplasmes. 2° Bandage compressif. |
| Pers..., Ch. | 60 | Serrurier. | Douleurs rhumatismales. | » 17 | Avril 26 | Catapl. émol. Frict. avec l'esprit-de-vin. |
| Buel..., J. | 38 | Tisserand. | Plaies à la tête, à la face et au cou. | » 20 | » 26 | Points de suture. Réunion immédiate. |
| Casten..., M. | 51 | Débardeur. | Contusion de la poitrine | » 23 | Mai 17 | Band. de corps. Repos. |
| Vander..., C. | 50 | Jardinier, | Contusion et plaie au bras gauche. | » 24 | » 26 | Réunion immédiate. Compression méthodique. (*V.* obs. XV.) |
| Goos..., Ant. | 28 | Journalier. | Érysipèle phlegmoneux de la jambe et du pied. | » 26 | » 9 | 1° Incision. Cataplasmes. 2° Pansement simple. |
| Cab..., Mar. | 41 | Dentellière. | Hydrarthrose du genou droit. | » 30 | » 10 | 1° Frictions mercurielles. 2° Bandelettes de vigo autour du genou. Bandage compressif du membre. |
| Bonn..., C L. | 37 | Débardeur. | Entorse du poignet droit. | » 30 | » 13 | 1° Fomentations résolutives. 2° Bandage amidonné. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Dir..., Just. | 47 | Menuisier. | Phlegmon au genou. | avril 29 | En traitement. | 1° Incisions multiples. Cataplasmes émollients. 2° Injections avec la teinture de myrrhe et d'aloës. 3° Cautérisation des bourgeons. |
| S..., Hél. | 30 | Servante. | Kyste de l'ovaire. | » 8 | » | Friction avec l'onguent d'iodure de potassium. |
| Vanod..., H. | 27 | » | Abcès au genou. | » 15 | » | Incisions. Émollients. Frictions mercurielles. Bandage amidonné. |
| Vers..., J. C. | 24 | Sans profess. | Carie des os du métacarpe de la main droite. | » 22 | » | Bandage amidonné. Gutta percha. |

## *Mois de mai.*

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Hav. ., Don. | 36 | Facteur. | Plaie par écrasement à la partie infér. de la jambe. | Mai 3 | décédé le 28 | Amputation au lieu d'élection. |
| Mesm.. , C. | 23 | Garçon brass. | Arthrite aiguë, suite de contusion du genou. | » 4 | Mai 15 | Frictions avec l'esprit-de-vin. Repos. Potion nitrée. |
| Rob..., Jos. | 31 | Ferblantier. | Plaie à la main. | » 5 | Mai 21 sortie exigée. | Réunion avec des bandelettes au collodium. Bandage contentif. |
| Vanl..., J. | 53 | Sans profess. | Panaris au méd. de la maind. | » 7 | En traitement. | |
| Van E..., J. B | 25 | Journalier. | Furoncle au creux axillaire. | » 8 | Mai 13 | Cataplasmes. Frictions mercur. Bains. |
| Dec..., J. F. | 50 | Maçon. | Fracture de côtes. | » 10 | » 31 | Bandage de corps. Repos. |
| Van..., F. | 74 | Menuisier. | Incontin. d'urine. OEdème des extrémités inférieures. | » 12 | En traitement. | 1° Cathétérisme. 2° Purgatifs. 3° Potion nitrée. Repos. |
| Brem..., H. | 40 | Cocher. | Ulcère atonique à la jambe. | » 14 | Mai 31 | Pansements avec le mixtum. Compression méthodique du membre. Repos. |
| Camm..., P. | 55 | Jardinier. | Commotion cérébrale. | » 19 | » 30 | Infus. d'arnica. Emétiq. en lavag. Diète. |
| Nic..., Louis. | 30 | Menuisier. | Fracture complete du tibia. | » 20 | En traitement. | Réduction. Bandage amovo-inamov. |
| B..., Aug. | 49 | Cultivateur. | Plaie à la main par instrument tranchant. 2e Sciat. | » 20 | Juin 3 | 1° Réunion immédiate. 2° Frictions avec le baume tranquille contre la sciatique. |
| Cr ..., F. | 53 | Tonnelier. | Retrécissement de l'urètre. doul. à la région lombaire. | » 21 | En traitement. | Cathétérisme. Décoction de semences de lin. Ventouses à la région lombaire. Cataplasmes emollients. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Seg .., G. | 15 | Cordonnier. | Entorse radio-carpienne. | mai | 21 | Juin 2 | Bandage amid. Repos. Immobilité du membre. |
| La F..., Jos. | 48 | Débardeur. | Fracture du péroné. | » | 22 | En traitement. | Bandage amidonné. |
| Breq..., C. | 31 | Servante. | Entorse tibio-tarsienne du pied gauche. | » | 21 | » | Bandage amidonné. |
| Nicol. M. A. | 40 | » | Plaie de tête. | » | 25 | Juin 9 | Réunion immédiate. Diète. Purgatifs. |
| Vander..., L. | 41 | Journalier. | Contusion du deltoïde droit avec paralysie. | » | 27 | Sortie demandé. le 30 juin 1851. | Vésicatoires. Strychnine par la méthode endermique. 3/4 gr. Mouvements. |
| Vander. J. C. | 28 | Servante. | Contusion du ventre (grossesse avancée.) | » | 23 | En traitement. | Repos. Laxatifs. |
| Vanderv..., L. | 10 | Sans profess. | Contusion légère suivie de syncope. | » | 23 | Mai 25 | Repos. Posit. convenable. |
| Vans..., G. | 42 | Débardeur. | Contus. de la cuisse droite. collection sanguine. | » | 28 | Juin 14 | Résolutifs. Incision de la collection sanguine. Frictions mercurielles. |
| Gost..., G. | 36 | » | Plaie à la main gauche. | » | 28 | » 2 | Réunion immédiate. Pansement simple permanent. |
| Decl..., J. | 36 | Peintre. | Angio-leucite de la cuisse et du bras. Résorption pur. | » | 29 | Décédé le 24 juin. | 1° Ouverture des abcès. Cataplasmes. 2° Injection avec le chlorure d'oxide de sodium Pansement simple. Toniques. Potion opiacée. (V. obs. XVI.) |
| Smet..., J. B. | 41 | Journalier. | Entorse acromio-claviculaire. | » | 31 | Juin 4 | Résolutif. Repos. Immobilité du bras porté en écharpe. |
| Pauw..., J. B. | 28 | Marbrier. | Ulcère variq. à la jambe. | » | 13 | Mai 27 | Bandage compressif. Repos. Cautérisation des bourgeons. Soins de propreté. |
| Meul .., L. | 62 | Journalier. | Entorse. | » | 14 | Juin 21 | 1° Résolutifs. 2° Bandage amidonné. |

## *Mois de juin.*

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vanc..., A. | 48 | Serrurier. | Contusion du poignet droit. | Juin | 4 | Juin 21 | Réfrigérans. Compression. Repos. |
| Herm..., C. L. | 51 | Commiss. | Ulcère calleux. | » | 4 | Sortie demandé | Bandelettes de sparadrap maintenues par un bandage compressif. Repos. Tonique. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Dec..., M. T. | 62 | Journalière. | Abcès à la région inguinale. Péritonite aiguë. | » | 6 | Décédée le 22 Juin. | 1° Ouvert. de l'abcès. Cataplasmes. 2° Pansement simple. Sangsues sur l'abdomen. Frictions mercurielles. Diète. (V. obs. XVII.) |
| Mir..., M. | 38 | Servante. | Adénite à l'aisselle gauche. | » | 6 | En traitement. | Ouverture des abcès. Frictions mercurielles. Cataplasmes. |
| Verl..., F. | 26 | Fileuse. | Erysipèle phlegmoneux à la face dorsale du pied droit. | » | 6 | » | 1° Ouverture de l'abcès. Cataplasmes. 2° Réunion des bords de la plaie avec des bandelettes de sparadrap. Pansement simple. |
| Bail..., A. | 52 | Domestique. | Eczéma à la jambe gauche. | » | 8 | Juin 30 | Fomentations avec l'eau de Goulard. |
| Gail..., J. | 31 | Cocher. | Ulcère variq. à la jambe dr | » | 12 | En traitement. | Pansement simp. Compress. du memb. |
| Lem..., J. J. | 22 | Menuisier. | Érysipèle phlegmoneux au genou droit. | » | 12 | Juin 30 | Incision. Contre-ouvert. Cataplasmes émollients. Réunion des bords de la plaie. Pansement simple. |
| De L..., M. T. | 26 | Servante. | Péritonite foudroyante. | » | 18 | Décédée le 20 juin. | Calorification Sangsues. Frict. mercurielles. (V. obs. XVIII.) |
| Deg..., C. | 26 | Garç. Vacher. | Plaies de tête par instrument tranchant. | » | 22 | En traitement. | Réunion immédiate au moyen de bandelettes enduites de collodium. Pansement simple. Diète. |
| Vanm..., L. | 54 | Journalier. | Luxation de l'épaule gauche. | » | 23 | » | Réduction. Bras en écharpe. |
| Wag..., G. | 57 | Ardoisier. | Fracture du radius. Luxation radio-carpienne avec perforation de la peau et déchirure du lig. triangul. | » | 23 | » | 1° Réduction. Bandage amidonné. 2° On ôte le bandage. Incision pour donner issue au pus qui s'est formé. Cataplasmes. Contre-ouverture. Extraction d'une grande esquille. Position déclive. |
| Herm..., L. | 19 | Dentellière. | Mammite aiguë. | » | 24 | » | Incision. Cataplasmes émollients. Frictions mercurielles. |
| Deg..., L. | 47 | Journalier. | Abcès à la paume de la main. | » | 24 | » | 1° Ouverture de l'abcès. Cataplasmes manuluves. 2°. Pansement sec. Frictions mercurielles. |
| Braek..., G | 55 | Commiss. | Panaris à l'annulaire de la main gauche. | » | 24 | » | 1° Incis. longue. Cataplasmes. 2° Pansement simple. Ouverture. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Deg..., F. | 67 | Ouvrier. | Abcès par congestion à la région fessière. | Juin | 24 | Décédée le 20 Juin 1851. | Injection avec le chlorure d'oxide de sodium. Pansement simp. Toniques. |
| Dev..., M. | 29 | Ménagère. | Érysipèle phlegmoneux du pied gauche. | » | 12 | » 17 | Incision. Cataplasmes émollients. Frictions mercurielles. Pans. simple. Bains du bras. |
| Duss..., J. B. | 21 | Scieur de long | Contusion de la partie postérieure et supérieure de l'avant bras droit. | » | 12 | » 16 | Bandage légèrement compressif. Repos. Immobilité. |
| Delj..., L. | 25 | Charretier. | Contusion du thorax et du genou gauche. | » | 24 | En traitement. | Bandage de corps. Bandage compressif. Repos. |
| De Poort, C. | 33 | Journalier. | Brûlure 2e degré du pied avec eau forte. | » | 27 | » | Pansement permanent avec de l'ouate. |
| Vanl..., M. S. | 26 | Modiste. | Mammite du sein gauche. | » | 28 | » | Incision large et profonde. Cataplasmes. Frictions mercurielles. Compression du sein. |
| Gr..., E. | 24 | Tailleuse. | Mammite double. Abcès nombreux. | » | 28 | » | 1° Incisions multiples. Cataplasmes. 2° Charpie sèche. |
| Magné, J. L. | 43 | Plafonneur. | Fracture de côtes. Hémoptysie. Emphysème pulmonaire. | » | 26 | » | Bandage de corps. Saignée. Emétique. gr. vj. |

Il résulte, des tableaux ci-joints, que le 1er janvier il y avait dans le service de M. Deroubaix (section de chirurgie), 26 cas, parmi lesquels 16 hommes et 10 femmes.

A partir du 1er janvier jusqu'au 1er juillet, il est entré, dans le même service, 137 individus, dont 97 hommes et 40 femmes.

Dans ces 137 cas, les différentes affections se sont réparties de la manière suivante :

19 Contusions.
13 Entorses.
17 Plaies.
12 Fractures.
5 Mammites.
3 Brûlures.
2 Affections variqueuses.
4 Furoncles ou anthrax.
12 Ulcères.
2 Caries.
5 Luxations.
2 Commotions.
2 Hydrocèles.
8 Affections rhumatoïdes, arthrites, Hydrarthroses.
2 Rétrécissem. du canal de l'urètre.
2 Eczémas.
1 Varicocèles.
6 Erysipèles phlegmoneux.
1 Trajet fistuleux.
2 Hernies.
7 Abcès.
1 Cancroïde.
1 Érysipèle simple.
1 Exostose.
2 Panaris.
1 Incontinence d'urine.
2 Adénites.
2 Déchirures de fibres musculaires.
1 Kyste ovarique.

Nous ne donnerons ici que les observations des cas un peu remarquables qui se sont terminés par la guérison ou la mort, laissant de côté, pour le prochain compte rendu, tous ceux qui sont encore en traitement.

---

*Ulcères scrofuleux. — Carie tuberculeuse des vertèbres du cou et des lombes. — Mort.*

Obs. I. — Van G... âgé de 16 ans, cordonnier, d'un tempérament lymphatique.

Le 15 mars on constate, pour la première fois, une déviation à gauche de la colonne vertébrale au niveau de l'axis. — Collection sous l'occipital, du côté gauche. — Fourmillement du bras gauche. — Douleur en avalant dans le haut du dos. — 4 Caustiques de Vienne au-dessous de la déviation. — Les ulcères proviennent de la fonte tuberculeuse des ganglions cervicaux. Le malade est très-faible, anémique, considérablement amaigri. Il mange cependant encore assez bien.

Le 7 avril, difficulté dans la défécation. — Douleur et faiblesse dans les jambes. — Découragement.

Le 8, on trouve une nouvelle déviation à droite de la partie lombaire de la colonne vertébrale. Le malade ne peut lever le membre inférieur droit; douleurs et faiblesse dans les jambes. Anesthésie commençante à la jambe gauche. Pas de selle malgré le lavement.

Le 10, persistance des symptômes du côté de la jambe. — 2 caustiques à la région lombaire.

Le 29, insensibilité et paralysie du mouvement du côté gauche, pupilles dilatées, face contournée à gauche, figure décomposée, crachats fétides.

Le 30, insensibilité complète; occlusion des facultés intellectuelles; le soir, face très-congestionnée et brûlante. — Eau froide sur le front et sinapismes aux pieds.

Les 31 mai et 1er juin, l'état comateux qui a commencé le 29, persiste toujours, on ne peut lui ouvrir la bouche, il ne prend rien depuis 3 jours. La tête est toujours contournée du côté gauche.

Le 2, mort.

*Autopsie.* — *Les poumons* sont parfaitement sains, il n'y a que peu d'adhérence de la plèvre pulmonaire droite avec la plèvre costale.

*Intestins :* Il n'y a rien du côté du mésentère, pas de tubercules, pas d'engorgements des ganglions.

*Cerveau* : Les méninges sont légèrement injectées dans tous les points, il y a un peu de sérosité çà et là entre la pie-mère et les circonvolutions; la substance grise a une couleur brune plus prononcée que dans l'état normal; le piquété de la substance blanche est aussi plus apparent ; les ventricules latéraux sont entièrement remplis de sérosité.

*Moelle épinière et canal vertébral* : La moelle ne paraît nullement malade, elle a sa couleur et sa consistance naturelle; il n'en est pas ainsi des méninges, qui sont épaissies et séparées du canal osseux par une grande quantité de sérosité liquide.

L'arc postérieur de l'atlas porte une sorte d'exostose au moyen de laquelle il a contracté une forte adhérence avec les lames correspondantes de l'axis; ce fait explique l'impossibilité où était le sujet de tourner la tête à droite, ce qui aurait pu faire croire à un luxation.

Le corps des six premières vertèbres cervicales est carié dans tous les sens, la face postérieure du corps de ces vertèbres présente des foyers tuberculeux purulents.

A la face externe de ces corps se trouve une collection de pus rassemblé, surtout, à la partie supérieure entre le muscle long du cou et le *pharynx* ; ce qui explique pourquoi le malade ne pouvait

avaler que très-difficilement depuis quelque temps. *A la région dorsale* il n'y a de remarquable que le liquide, l'épaississement et l'ingestion arborisée des membranes ; *à la région lombaire* on trouve presque la même chose qu'au cou, c'est-à-dire de la matière tuberculeuse ramollie amassée dans les os, et un épaississement des méninges. Autour des vertèbres une nappe de pus.

Le symptôme le plus intéressant dans cette observation est la gêne de la déglutition, que l'on pouvait aussi bien rapporter à la compression de la moelle à la région cervicale qu'à la compression directe du pharynx.

*Hydrocèle droite ancienne.— Opération par excision.— Guérison.*

Obs. II. — Deb.... âgé de 57 ans, facteur de poste, tempérament bon.

Le 29 janvier, la tumeur est de la grosseur d'une tête de fœtus. — Ponction et injection avec la teinture d'iode mêlée, en partie égale, avec de la tisane. Pas de douleur après l'injection.

Le 14 février, quinze jours après, pas de diminution dans la tumeur.— Nouvelle injection avec la teinture d'iode *pure*. Pas de douleur. Le liquide évacué était clair, sans *réaction sur l'amidon.*

Le 22, on se décide à l'opération par excision. Le kyste a un demi-pouce d'épaisseur et offre une consistance comme cartilagineuse. On l'enlève dans les 3/4 antérieurs de son étendue. Issue d'un liquide grumeleux brunâtre. Le kyste présente, à sa face interne, des pellicules brunâtres détachées par l'injection iodée. — Pansement à fond avec des boulettes de charpie enduites de styrax.

Marche régulière ; suppuration louable. De temps en temps de larges lambeaux de kyste gangrené se détachent et sont enlevés.

Le 10 mars, bandage compressif du testicule en laissant une ouverture pour donner issue au pus.

Le 20, le bandage est enlevé. Un empâtement s'est déclaré à gauche de l'excision. — Cataplasmes.

Le 22, incision à la partie inférieure de l'empâtement, issue d'une petite quantité de pus.

Depuis ce temps diminution graduelle du gonflement et de la suppuration.

Le 9 avril, la veille à 2 heures du soir : frisson, céphalalgie, trace d'érysipèle à l'aîne gauche, scrotum rouge, mais peu douloureux. — Émétique en lavage.

Le 10, les traces d'érysipèle ont disparu. — Cataplasme sur le scrotum. Plusieurs selles dans la journée d'hier.

Le 18, la rougeur et le gonflement ont disparu du scrotum, la plaie se ferme ; il n'en reste presque plus rien.

Le 22, le malade demande sa sortie.

L'épaisseur et la consistance de la tunique vaginale du sujet de cette observation rend assez compte de l'inefficacité des deux premières opérations et de la nécessité dans laquelle M. Deroubaix s'est trouvé de recourir à la méthode de l'excision.

*Contusion de la poitrine. — Hydrocèle ancienne* (1837). — *Hydrarthrose chronique des deux genoux.*

Obs. III. — Les... âgé de 56 ans, cocher.

Il y a 20 ans une diligence s'est renversée sur son genou droit et a déterminé une déviation au dedans de cette partie. Il y a 10 ans il apparût de la douleur et du gonflement dans les deux genoux. Récidives fréquentes qui amènent l'état où nous trouvons les deux genoux à l'entrée du malade.

Bandage de corps autour de la poitrine. Les douleurs de côté diminuent insensiblement et finissent par disparaître. — Vésicatoires sur les côtés des deux genoux. Pansement avec l'onguent perpétuel.

Le 15 février, opération de l'hydrocèle par excision. La tunique vaginale présente une épaisseur de deux lignes et est devenue très-dure. Il s'écoule, par l'incision, une substance molle, brunâtre, inodore, comme caséeuse. — Pansement à fond avec le styrax. Insensiblement le fond du kyste se détache en lambeaux gangrenés. La suppuration marche régulièrement. Quand le bourgeonnement est bien prononcé on emploie la compression méthodique.

Le 20 mars, la cicatrisation est complète. Pas de gêne ni de douleur dans le testicule pendant la marche. Les vésicatoires sont cicatrisés. Le gonflement du genou gauche a disparu. Le genou droit présente encore de la fluctuation sur les côtés et au-dessus de la rotule. L'on sent, en cet endroit, que la synoviale est considérablement épaissie. — Pansement compressif avec l'emplâtre de Vigo.

Le 7 avril, on ôte le bandage pour examiner l'état des parties qui présentent une légère amélioration, suppression de l'emplâtre de Vigo. Bandage roulé à partir du pied jusqu'au dessus de l'articulation du genou.—Atelle articulée en fer-blanc maintenue par un bandage amidonné ; le genou reste libre hors du bandage ; genouillère sur cette région. Déambulation.

Le 9, excoriation de la jambe par l'atelle articulée, genou légèrement tuméfié.

Le 6 mai, il y a toujours fluctuation sourde sur les côtés et au-dessus de la rotule. — Emplâtre de gomme ammoniaque dissoute dans le vinaigre scillitique. Bandage.

Le malade sort le 25 juin 1851 complétement guéri de son hydrocèle, pouvant marcher aisément sans appui, mais, conservant toujours un peu de fluctuation sur les côtés des deux rotules. Les synovales sont manifestement très-épaissies dans ces articulations, de même, probablement, que l'était la tunique vaginale où siégeait l'hydrocèle.

*Arthrite chronique. — Aphonie subite, guérison spontanée et subite de l'aphonie.*

Obs. IV.—Vanl... âgée, de 34 ans, servante, d'un tempérament nerveux.

Au mois d'août 1850, cette femme eut dans le genou gauche une arthrite qui fut traitée chez M. Lequime ; en décembre 1850 elle entra chez M. Uytterhoeven et sortit quatre semaines après.

En janvier 1851, gonflement du genou droit. Fluctuation sur les côtés de la rotule. Difficulté dans la marche. — Deux vésicatoires sont placés sur les côtés du genou. Pansement avec l'onguent perpétuel.

Le 1er mars, les vésicatoires sont secs. — Pansements avec l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*. Bandage amidonné compressif. La malade est prise tout-à-coup d'aphonie complète sans cause connue.

Le 9, la malade est effrayée en voyant tomber un blessé, et elle recouvre instantanément la voix.

Le 10 avril, amélioration légère de la maladie articulaire ; la malade peut plier légèrement le genou; la marche est encore très-gênée.

Le 5 mai, frictions avec la teinture d'iode sur le genou.

Le 12, il y a toujours une collection légère sur le côté du tendon rotulien. La flexion est toujours bornée et douloureuse. — Bains.

Le 21 juin, même état. — On continue les frictions avec la teinture d'iode.

Sortie le 30 juin avec beaucoup d'amélioration.

Cette observation n'est publiée qu'à cause de l'accès d'aphonie complète dont cette femme a été prise pendant son traitement, et qui a été aussi instantanée dans son invasion que dans sa terminaison.

*Varicocèle à gauche.— Opération par la cautérisation.—Guérison.*

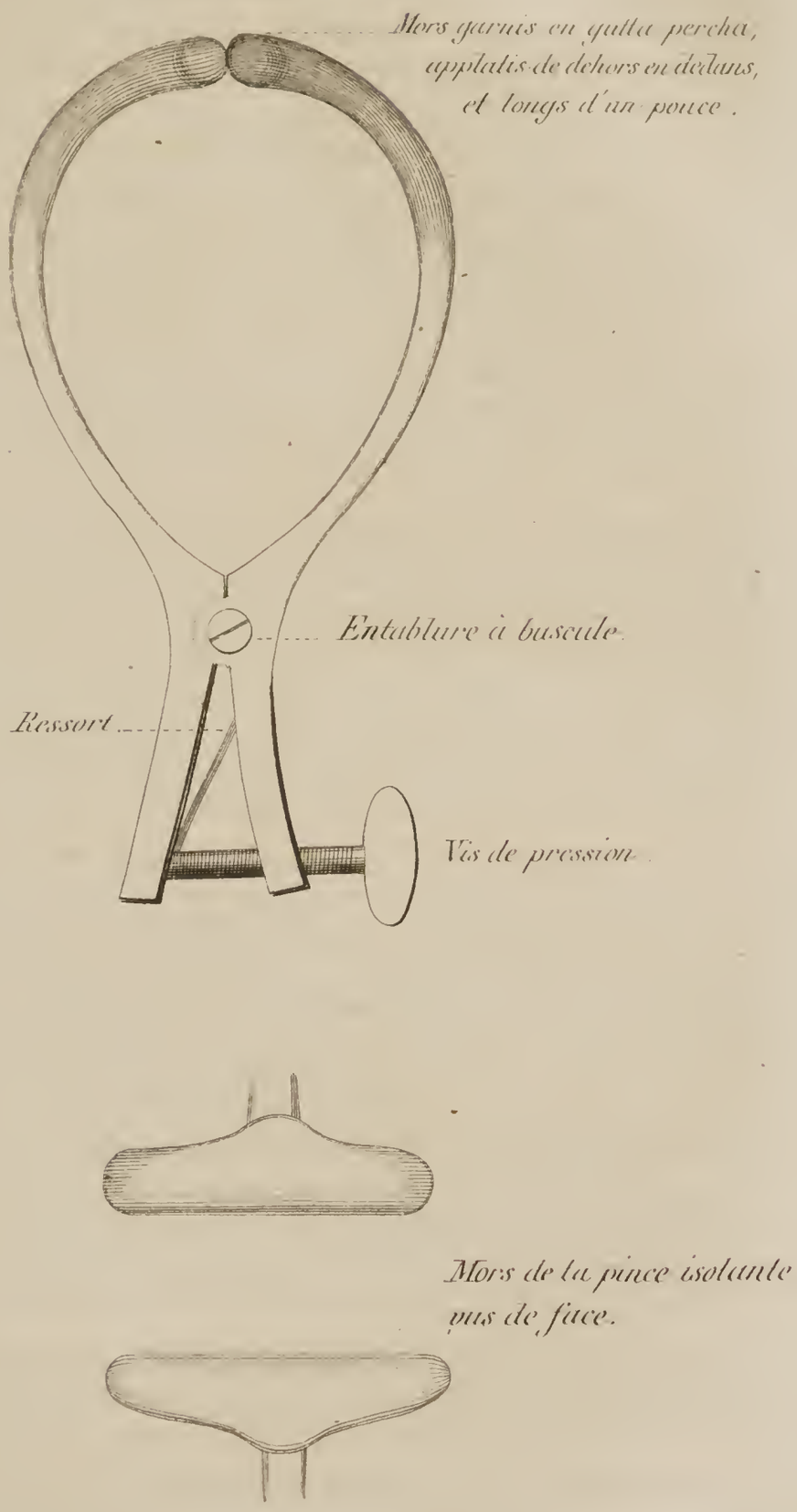
Obs. V. — Greg. V... typographe, âgé de 33 ans, d'un tempérament lymphatique, entra le 11 février, porteur d'une varicocèle

gauche qui avait débuté, il y a 16 ans, après une contusion exercée sur l'organe pendant une chûte que le malade fit sur une botte de foin. Depuis cette époque, le malade avait fréquemment ressenti des douleurs sourdes sur le trajet du cordon spermatique du côté gauche. En 1844, les douleurs avaient commencé à se faire sentir vers le rein, le testicule était devenu sensible à la pression. Grandes fatigues pendant la marche. Mélancolie profonde. Dyspepsie.

L'examen de la maladie fit constater vers l'épididyme un paquet de varices de la grosseur d'un marron. Ces varices se continuaient le long du cordon spermatique et étaient le siége d'une assez vive sensibilité. Le malade était émacié et désirait vivement être débarrassé de son infirmité.

M. Deroubaix résolut de tenter la cure radicale de cette affection au moyen de la cautérisation des veines malades. La principale difficulté de l'opération nécessaire pour parvenir à ce résultat était de n'attaquer que les veines et de ménager le cordon déférent et l'artère spermatique. M. Deroubaix fit construire par M. Bonneels, fabricant d'instruments de chirurgie, une espèce de pince isolante destinée à limiter exactement l'action du caustique. Cette pince se compose, comme on le voit dans les figures ci-joints, de branches recourbées et terminées par deux mors mousses aplatis et recouverts en gutta-percha. L'ouverture entre les branches recourbées est assez considérable pour pouvoir embrasser facilement le cordon testiculaire sain et la partie supérieure des bourses, en passant sous la verge.

Le 20 février, la poudre de caustique de Vienne ayant été préparée de manière à former une pâte assez consistante, M. Deroubaix saisit le cordon malade, à environ un pouce au-dessous de l'orifice inguinal, entre le pouce et l'indicateur de la main droite, et par des mouvements de glissement exécutés dans le sens latéral, attira en dehors toutes les veines du cordon, tandis qu'il repoussait en dedans le conduit déférent et l'artère. Le conduit déférent était facile à distinguer à sa dureté, et l'artère à ses battements et à sa proximité du conduit. Saisissant alors la pince isolante préalablement ouverte avec la main gauche, il en passa une branche en dessous et une autre en dessus de la base des bourses, en passant en dessous de la verge, et il en appliqua les mors, dirigés dans le sens du conduit déférent, immédiatement en dehors de ce conduit et de l'artère. En abandonnant alors la pince à elle-même, la pression exercée par le ressort suffisait, déjà, pour maintenir l'instrument dans les rapports qui lui avaient été donnés. Cependant, pour éviter toute déviation et être complétement ras-


Mors garnis en gutta percha, applatis de dehors en dedans, et longs d'un pouce.
Entablure à bascule.
Ressort
Vis de pression.
Mors de la pince isolante vus de face.

suré sur la limitation exacte de l'action du caustique, M. Deroubaix augmenta un peu la pression exercée par les mors, au moyen de la vis de pression située à l'autre extrémité de l'instrument. Alors, après s'être de nouveau assuré que le conduit déférent et l'artère se trouvaient bien en dedans des mors, il appliqua sur toute la partie antérieure des parties situées en dehors de ces mêmes mors, une couche de caustique d'une ligne d'épaisseur. Des limites furent imposées à l'action du caustique au-dessus et au-dessous de l'instrument au moyen de morceaux de sparadrap collés sur la peau, et de plusieurs couches de charpie convenablement maintenues au moyen de bandelettes agglutinatives.

Pendant l'action du caustique, le malade ressentit d'assez vives douleurs qu'il supporta cependant facilement, et qui, d'après son dire, étaient moins fortes que celles produites par la compression de la pince.

Le 21, à la levée du pansement, on trouve toute l'épaisseur de la peau et les veines traversées par la cautérisation potentielle. L'action du caustique s'est arrêtée net, comme on l'avait espéré, au niveau de la pince isolante. Le malade se plaint de douleurs vers le pli de l'aine, la région voisine de la cuisse et le trajet inguinal du cordon spermatique. — Pansement au styrax sur l'escarrhe. Cataplasme sur l'aine et la cuisse. Séjour au lit. Régime doux.

Le 24, les douleurs disparaissent. Pas de réaction. Appétit meilleur. — On cesse les cataplasmes. Pansement au styrax.

Pendant un mois, on continue à panser de la même manière. Aucun accident ne vient entraver le traitement. Les escarrhes se détachent sans hémorrhagie; les veines cautérisées sont enlevées l'une après l'autre pendant les pansements.

Le 24 mars, la plaie est cicatrisée. Un léger engorgement persiste encore vers l'épididyme, qui est encore un peu sensible à la pression. — On permet au malade de marcher avec un suspensoire; elle est très-bien supportée, et n'aggrave aucunement l'engorgement ni la douleur, qui tendent, au contraire, à disparaître de jour en jour.

Le malade acquiert de l'embonpoint ; sa santé semble devenir florissante. La mélancolie a disparu. L'appétit et les digestions sont excellents.

Le 12 avril, le malade demande sa sortie, qui lui est accordée. Il ne ressent plus qu'un peu de gêne vers les reins, et, encore, ce symptôme n'existe-il que de temps en temps. L'engorgement de l'épididyme à disparu a peu près complétement.

Le 24, le malade vient nous rendre visite à l'hôpital. Toutes les

douleurs et la gêne ont disparu. Les fatigues sont maintenant très-bien supportées. L'embonpoint persiste. Le caractère est devenu gai. Il existe cependant encore un peu de sensibilité vers l'épididyme, mais seulement à la pression.

Le 25 mai, nouvelle visite du malade, qui ne se plaint plus de rien, et paraît radicalement guéri.

Partant de cette idée que la cautérisation potentielle des veines n'est accompagnée ni suivie d'aucune inflammation qui, comme celle de la phlébite ordinaire, tend à s'étendre et à amener de graves désordres, M. Deroubaix se montre grand partisan de ce mode de traitement dans tous les cas où l'on a proposé différentes opérations pour amener l'oblitération des veines. — Il répudie la ligature, l'excision, l'incision, la compression directe, qui, dit-il, produisent une inflammation pour ainsi dire *centrifuge*, s'irradiant à partir du point où l'opération a été pratiquée. La cautérisation, au contraire, amène une réaction qui se concentre dans l'endroit attaqué, et s'épuise dans l'expulsion de l'escarrhe. — L'observation ci-dessus vient confirmer l'exactitude de ces idées.— M. Deroubaix croit qu'il y aurait lieu d'en essayer l'application dans bien d'autres cas que le traitement des varices des membres ou du cordon testiculaire. — Il pense, par exemple, qu'il serait souvent possible de débarrasser sans danger les personnes hémorrhoïdaires des tumeurs qui les gênent le plus à la région anale, en employant des procédés ayant pour base, non pas l'excision, mais la cautérisation. — Il va plus loin ; et il est convaincu que l'on pourrait souvent éviter les épouvantables accidents qu'amène la phlébite après un grand nombre d'opérations, et après l'accouchement, soit en cautérisant les veines coupées, soit en localisant l'inflammation dans les parties suppurantes au moyen d'injections, ou de lotions caustiques. — Il se propose, du reste, de faire des expériences sur ce point important de thérapeutique.

*Trajets fistuleux à la région trochantérienne, sans affection apparente des os ou d'un organe éloigné.*

Obs. VI. — Van V... âgée, de 50 ans, ménagère.

Depuis deux ans, chûte sur le trochanter, à la suite de laquelle est survenu un abcès derrière cette saillie osseuse. Cet abcès s'est ouvert de lui-même et a donné naissance à une fistule qui a persisté jusqu'aujourdhui.

Le 22 février, on pénètre avec un stylet par l'ouverture fistuleuse jusqu'au trochanter. Des trajets fistuleux sont encore constatés plus haut, plus bas, et plus en arrière, et ces trajets aboutissent

tous à l'ouverture de sortie, qui est située à un pouce en arrière du trochanter, vis-à-vis le nerf sciatique.

On débride largement vers le grand trochanter. — Injection avec la teinture de myrrhe et d'aloïs. Bains.

Le 2 avril, érythême tout autour de l'ouverture fistuleuse, vers l'os des îles, le trochanter et la région postérieure de la cuisse. — Laxatifs. Cessation des injections. Rafraichissants. Diète.

Le 3, l'érythême change de place tout en restant cependant toujours dans les environs de la fistule. — Moins de fièvre. Bains.

Le 6, diminution de l'érythême. Démangeaisons très-fortes. — Solution de sublimé en lotions.

Le 9, cessation de l'érythême. Plus de fièvre. — Pansement sec.

Le 15, il ne reste plus qu'une petite ouverture donnant issue à un peu de suppuration. — Pansements secs. Éponge préparée pour dilater l'orifice.

Le 21, la malade accuse de la douleur à la pression dans la fosse iliaque droite et vers la région lombaire des deux côtés. L'engorgement autour de trochanter semble diminuer; mais il y a toujours des suintements par la fistule. — Hydriodate de potasse ℥i, axonge ℥j, en frictions.

Le 24, douleur du côté du bas-ventre, urine chargée, tristesse. — Cataplasme, tisane de chiendent.

Le 1er mars, même état.

Le 8, les yeux sont devenus jaunes ; cependant les selles, qu'on a fait examiner pendant plusieurs jours, n'étaient pas altérées dans leur couleur ni leur consistance. On croit remarquer des intermittences dans les symptômes. — Sulfate de quinine 2 grains toutes les deux heures.

Le 31 mai, la santé est devenue insensiblement meilleure. Les symptômes du côté du ventre et de la fosse iliaque se sont dissipés. La figure est devenue bonne, l'appétit a reparu, les trajets fistuleux se sont oblitérés presque entièrement. — Elle demande sa sortie.

*Lymplangite à la cuisse gauche.*

Obs. VII. — Flor... âgée de 30 ans, journalier, d'un tempérament lymphatique.

A la suite d'un effort, il ressentit une douleur à la partie interne de la cuisse gauche. Inflammation lente sur le trajet des vaisseaux cruraux. Rougeur peu prononcée. Engorgement pâteux, au bout de quelques jours fluctuation. — *Traitement :* incision couche par couche au-devant du droit interne. Cette incision amène du pus en petite quantité et du sang noir. — Cataplasmes émollients. Frictions mercurielles 3 fois le jour.

Le 5 mars, bandage compressif pour dissiper l'empâtement qui persiste. — On laisse une ouverture au bandage pour le pus.

Le 10, on découvre un clapier profond. On enlève le bandage. La suppuration reste toujours rougeâtre. Elle semble mêlée à du sang veineux. — Sirop de proto-iodure de fer ℥iv. (3 cuillerées par jour.)

Le 4 avril, éponge préparée pour dilater l'ouverture qui tend à se fermer, tandis que le fond du clapier persiste.

Le 13, l'ouverture est fermée et au pourtour il y a une nouvelle inflammation qui s'est déclarée. On ouvre la cicatrice avec la sonde cannelée; issue d'un peu de pus provenant encore d'un foyer profond.

Le 20, eau de créosote en injection dans le trajet fistuleux.

Le 6 mai, tout engorgement a disparu. Le trajet fistuleux persiste. On supprime l'onguent mercuriel.

Le 10, inflammation autour de la fistule. Liquide mêlé de pus et de sang.— Compression; pansement simple.

Le 15, il ne s'écoule plus que du liquide sero-purulent. Les symptômes inflammatoires sont beaucoup amoindris.

Le 20, plus d'inflammation, commencement de cicatrisation. A la pression on exprime un peu de liquide très-clair.

Le 22, la fistule est tout à fait fermée, il ne s'écoule plus rien.

Le 25, cicatrisation complète, il reste au niveau de la fistule un espace de 2 pouces carrés très-dur.

Le 31, sortie, guérison.

Le cas relaté dans cette observation est remarquable par les modifications évidentes que le traitement analeptique et reconstituant ont amenées en peu de temps dans la constitution de l'individu, et dans la marche de l'affection de la cuisse.

*Fracture du péroné et luxation en arrière du pied.*

Obs. VIII. — Delf Ch... âgé de 50 ans, marchand ambulant.

A son arrivée à l'hôpital, enfoncement à un pouce au-dessous de la malléole externe droite. Crépitation à l'endroit correspondant. Raccourcissement du pied. Saillie de la malléole interne et du bord antérieur de l'extrémité inférieure du tibia. Dépression en dessous de ces points. Saillie en arrière du calcanéum. La maladie a été produite par une chûte sur un trottoir très-glissant.

La réduction exécutée immédiatement fait entendre un bruit de restitution très-marqué. On applique un bandage amidonné, et on l'ouvre le 2e jour; le 4e jour déambulation sur des béquilles.

Marche régulière. Aucun accident autre qu'une légère diarrhée guérie par les opiacés en quelques jours.

Le 4 avril, on enlève le bandage. — Friction avec l'esprit de savon.

Le 7, déambulation sur le pied. — Frictions.

Le 8, on fait exécuter des mouvements au membre. — Continuation des frictions.

Le 20 avril, continuation.

Le 23, le malade demande sa sortie. Il est entièrement rétabli.

Ce cas a été consigné ici, non pas à cause de quelque particularité relative au traitement, mais parce que les luxations de ce genre sont fort rares.

*Varices à la jambe gauche. — Cautérisation de la saphène. — Succès.*

Obs. IX. — Dev. J.-B... âgé de 35 ans, journalier, tempérament bilieux.

Toute la jambe est le siége de varices très-développées. Un paquet variqueux de la grandeur de la paume de la main occupe la région inférieure et interne de la cuisse gauche. La plupart des veines variqueuses viennent se dégorger dans la saphène interne ; doué d'une grande énergie de caractère, le malade déclare n'avoir jamais ressenti de grandes douleurs dans la jambe.

*Traitement.* — Cautérisation de la saphène interne au-dessus du paquet variqueux au moyen du caustique de Vienne. Bandage roulé sur la jambe à partir du pied jusqu'au dessus du paquet variqueux, sur lequel on établit une compression. L'ulcère est pansé par le simple bandage enduit d'un *peu* d'amidon. Pas de réaction. L'escharre se détache sans aucun accident comme les escharres ordinaires. La veine saphène s'oblitère au niveau de la cautérisation. Les varices et le paquet variqueux diminuent de jour en jour de volume. Le malade se lève souvent malgré notre défense et sans accident.

Le 8 avril, la plaie est en voie de cicatrisation. Le malade exige sa sortie.

Cette observation vient à l'appui des considérations qui nous ont été fréquemment émises par M. Deroubaix sur l'innocuité des caustiques appliqués avec méthode sur les veines, même les plus grosses et les plus indispensables en apparence pour la circulation veineuse. (*Voir* obs. V.)

*Hernie vaginale de la vessie. — Sciatique.*

Obs. X. — Bauw. Col... âgée de 43 ans, ménagère.

Le 17 mars, la sonde introduite dans la vessie fait découvrir

une poche qui fait hernie à travers la paroi antérieure du vagin, et vient se montrer vers l'orifice de ce canal. Elle diminue considérablement pendant la mixtion. — La matrice est descendue en masse. On applique le pessaire de M. Bonneels pour guérir les deux infirmités.

Sort le 10 avril 1851, complétement soulagée.

*Chûte sur la face. — Symptômes cérébraux. — Douleurs sur le trajet du trifacial. — Guérison.*

Obs. XI. — Christ... Agée de 30 ans, couturière.

Le 18 mars, contusion très-forte sur la joue gauche produite pendant un accès nerveux survenu il y a quatre jours. Ecchymose considérable, point de fracture, injection forte de la conjonctive gauche. Air hébêté, réponses lentes ; point de paralysie ni de mouvements convulsifs ; pupilles contractiles ; sensibilité générale normale ; pouls ordinaire. — *Traitement* : émétique en lavage.

Le 21, la malade a eu un accès pendant la journée d'hier. On nous dit que, pendant cet accès, elle n'a point poussé de cris, qu'elle n'avait point les pouces fléchis dans la paume de la main ni la bouche garnie d'écume ; durée de l'accès dix minutes. Après l'accès état comateux habituel, etc. Les selles sont rares. — Calomel 1 gr. toutes les deux heures.

Le 1er avril, la malade n'a plus eu d'accès, les selles ont été libres. L'intelligence est devenue un peu moins obtuse. Elle demande sa sortie qui est refusée.

Le 10, la malade est bien, il ne lui reste plus qu'un peu de strabisme, et le matin et le soir un peu de douleur sourde dans la tête. Pendant la journée elle ne sent rien.

Le 13, la céphalalgie a persisté toute la journée ; douleurs dans le cou. — Émétique 1 grain en lavage.

Le 20. Émétique en lavage. La céphalalgie revient encore plusieurs fois par jour.

Le 22, persistance de la céphalalgie, on remarque que la malade la rapporte principalement au-dessus du sourcil gauche. On met un petit vésicatoire au-dessus du sourcil.

Le 24, on le saupoudre d'acétate de morphine gr. 1/2. La douleur sus-orbitaire disparait complétement ; mais elle se plaint du côté gauche du nez et de la joue gauche. Vésicatoire vis-à-vis du trou sous-orbitaire. Le lendemain, acétate de morphine gr. 1/2 sur le vésicatoire.

Le 27, cessation des douleurs de la joue et du nez ; mais engourdissement et sensation désagréable pendant la mastication, dans le côté gauche du maxillaire supérieur. La vue est bonne et

le strabisme a disparu. — Gargarisme avec infusion de sauge et laudanum.

Le 30, on met un vésicatoire sur le point ou le facial sort de la parotide, on le saupoudre d'acétale de morphine.

Le 3 mai, la sensation désagréable des dents a disparu, plus de douleur dans la face.

Le 8, elle ne se plaint de rien. — Elle demande sa sortie.

Le 9, elle sort. — Guérison.

Cette observation est aussi intéressante pour le physiologiste que pour l'homme pratique; on y voit, en effet, une affection se porter successivement d'une branche du trifacial à l'autre, à mesure que l'agent narcotique la chasse d'une des subdivisions de ce nerf ; il est assez curieux de constater l'extrême rapidité avec laquelle l'acétate de morphine à maîtrisé les douleurs des différentes branches. Pour achever d'enlever totalement les douleurs, il a fallu agir cependant sur des branches du facial avec lesquelles s'anastomosent celles du trijumeau. Le côté pratique de cette observation réside principalement dans cette circonstance qu'une contusion opérée sur un nerf de la face a pu réagir sur l'œil de manière à y produire un strabisme, et impressionner le cerveau avec assez d'énergie pour amener dans cet organe un état qui pût en imposer d'abord pour une altération matérielle; il est aussi bien remarquable que la contusion a agi d'une manière exclusive sur les nerfs sensibles de la face sans affecter en aucune manière ceux de la contractilité.

*Brûlure de la jambe au deuxième degré.*

Obs. XII. — Jans... âgé de 36 ans, garçon brasseur.

Le 27 mars, cet homme en tombant dans une chaudière remplie d'eau bouillante s'est produit une brûlure de toute la jambe et de la face dorsale du pied. Phlyctènes nombreuses et volumineuses remplis d'un liquide séreux. Douleur presque nulle ; fièvre intense. — Pansement avec le cérat laudanisé après avoir ouvert les phlyctènes à leur base. Repos. Position élevée du membre. Diète.

Le 3 avril, l'épiderme se détache dans toute l'étendue de la brûlure. Le derme est à nu, mais aucune escharre n'apparaît ; plus de fièvre. — On recouvre la jambe d'une feuille d'ouate que l'on maintient avec un bandage légèrement compressif. Le malade se plaint de fortes douleurs pendant le séjour de ce pansement.

Le 8, on ôte le pansement. Toute la jambe est cicatrisée ; la partie antérieure du dos du pied seule donne encore de la suppuration. Diminution considérable des douleurs. — Nouveau pansement à l'ouate.

Le 11, on enlève l'ouate et on trouve toute la jambe cicatrisée. Un peu de suppuration existe encore au-dessus de la partie antérieure du pied. Le malade ayant marché la veille, un peu de sang a imbibé le bandage en cet endroit.

Le 12, légères douleurs à la gorge. — Émulsion d'amandes.

Sort guéri le 18 avril.

Il est assez bon de noter que dans le traitement de cette brûlure, l'ouate maintenue en place jusqu'à guérison a procuré d'abord d'assez vives douleurs qui, cependant, n'ont point empêché une prompte guérison. M. Deroubaix pense, du reste, que l'ouate ne doit être mise en usage contre les brûlures que quand il n'y a rien à éliminer à la surface des plaies, c'est-à-dire quand les brûlures ne dépassent pas le 2e degré.

*Arthrite violente du genou. — Semi-luxation en dehors du tibia.*

Obs. XIII. — Ad... âgée de 21 ans, servante, d'un tempérament robuste.

Cette femme vient du service de M. Victor Uytterhoeven où elle est entré le jour précédent. Invasion 29 jours avant son entrée chez M. Uytterhoeven. 2 saignées ont été pratiquées en ville.

Le 1er avril, gonflement considérable du genou droit, rougeur érysipélateuse en dedans du genou, sensibilité considérable de l'articulation. Fièvre, insomnie. — *Traitement* : 15 sangsues, diète, cataplasmes, nitre à hautes doses.

Le 3 avril, diminution légère des symptômes. — 15 sangsues, cataplasmes.

Le 4, frictions mercurielles, cataplasmes.

Le 9, la malade a eu de la diarrhée toute la journée et la nuit, cependant la malade, comme, du reste, depuis son entrée, dit avoir faim. — 2 soupes.

Le 10, 2 vésicatoires sur les côtés du genou.

Le 12, douleurs très-fortes pendant toute la journée. Mixtion douloureuse. Inappétence. — Pansement avec cérat et onguent perpétuel. Camphre sur les vésicatoires.

Le 15, la mixtion se fait facilement. — Suspension du camphre. Onguent perpétuel. La douleur et la tumféaction persistent.

Le 17, La douleur a diminué, elle peut remuer la jambe.

Le 20, le genou est toujours assez gros et un peu douloureux pendant les mouvements, mêmes peu étendus.

Le 23, diminution des douleurs. — On panse le vésicatoire avec le cérat.

Le 29, les vésicatoires se sèchent, le genou est encore assez gros. — Fluctuation peu sensible.

Le 1er mai, on fléchit légèrement le genou en le plaçant sur un coussin.

Le 3, la malade n'a pu supporter la flexion du genou. Le matin douleurs, la jambe paraît vouloir se luxer en dehors sur le fémur. Sangsues, cataplasmes.

Le genou s'est porté tout-à-coup en dedans, et la jambe en dehors.

Le 9, application d'une goutière en gutta-percha à la partie postérieure du membre en ayant soin de réduire un peu la déviation.

Le 10, la douleur est beaucoup diminuée. On peut lever la jambe sans produire de douleur ; état général satisfaisant.

Le 20, bandage amidonné. — Amélioration sensible.

Le 7 juin, sortie demandée. — Elle va habiter la campagne. — Les douleurs du genou ont disparu. — La luxation s'est arrêtée. — Il y a naturellement immobilité du membre, qui est encore maintenu dans un bandage amidonné avec lequel la malade sort de l'hôpital.

Les appareils en gutta-percha et le bandage amidonné ont été ici d'une grande utilité pour le traitement de cette grave affection.

*Péritonite puerpérale. — Tumeur dans la fosss iliaque gauche et le petit bassin.*

Obs. XIV. — Vank... âgée de 22 ans, servante, d'un tempérament lymphatique.

Le 6, *péritonite puerpérale.* Douleur à l'hypochondre gauche, sensibilité à la pression. Fièvre, diminution des lochies. — Sangsues à l'abdomen. Cataplasmes. Diète. — Frictions mercurielles.

Le 10, amélioration notable. — Salivation commençante. — Pas de selles depuis 4 jours. — Fièvre diminuée. Purgatif.

Le 13, amélioration.

Le 15, on suspend les frictions. — Sueurs.

Le 17, plus de douleurs de ventre. La salivation continue. État général meilleur. Appétit revenu.

Le 21, cautérisation de quelques ulcères de la lèvre. — Garg. aliments.

Le 22, légère amélioration. — Bains sulfureux.

Le 23, amélioration notable.

Le 25, elle se plaint de douleur dans la fosse iliaque gauche. On croit sentir une tumeur dans cette région. — Sangsues sur la fosse iliaque. Purgatif.

Le 28, on sent toujours la tumeur qui est dure et semble adhérente en même temps à la matrice, l'S iliaque et la paroi

gauche de l'excavation du bassin. L'excrétion de l'urine est un peu difficile. Le toucher vaginal permet de sentir la tumeur à gauche du canal. — Cataplasme de poudre de ciguë. — Extrait de ciguë avec extrait d'opium en pilules. — Iodure de potassium en frictions sur la partie interne de la cuisse gauche.

Le 12, l'état général est beaucoup meilleur ; la malade se lève un peu, le moral est meilleur. — On continue les frictions et les pilules, on supprime les cataplasmes.

Le 21, l'état de cette fille est très-satisfaisant, sauf la présence de la tumeur qui cause un léger sentiment de gêne. Elle continue de prendre les pilules d'extrait de ciguë et à faire des frictions avec l'onguent d'iodure de potassium.

Sortie le 23 juin 1851, parfaitement rétablie. — La tumeur est à peine sensible.

De quoi dépendait la tumeur observée vers la fosse iliaque et le côté gauche de la matrice? M. Deroubaix est aussi disposé à croire qu'elle dépendait d'une organisation plastique survenue autour de l'ovaire gauche et de la moitié gauche du ligament large, à la suite de la péritonite qui semblait avoir sévi principalement en cet endroit. — La seconde menace de péritonite s'était effectivement déclarée vers le point où l'on reconnut la tumeur.—En admettant cette étiologie, on peut s'expliquer la disparition assez rapide de l'engorgement, chose qui ne se comprendrait pas aussi bien si on la considérait comme ayant été produit par toute autre cause.

*Contusion à l'avant-bras et à la tête. — Symptômes nerveux. — Ulcère dans le rectum.*

Obs. XV. — Van... âgé de 50 ans, cultivateur.

Il y a deux jours il fit une chûte étant monté sur une échelle, à la hauteur d'une douzaine de pieds. Il resta dix minutes sans connaissance. Ecchymose à la tête au niveau de l'occiput. Plaie contuse au-dessous de l'olécrane avec trajet fistuleux. Contusion vers le dos.

Le 25, agitation, tremblement des membres. Langue sèche, tremblante. — Il n'a pas uriné la nuit. On le sonde; il sort beaucoup d'urine. 10 sangsues à l'avant-bras.

Le 26, on le sonde de nouveau. — 3 selles.

Le 27, gonflement considérable de l'avant-bras. Frissons. Fièvre. — Contre-ouverture à la région postéro-supérieure du cubitus, sur la sonde cannelée introduite par la plaie. Cataplasmes.

Le 28, le gonflement a envahi toute la partie postérieure de l'avant-bras. — Large incision au niveau du milieu de l'espace

interosseux. On trouve la peau décollée dans toute la partie supérieure et postérieure de l'avant-bras.

Le 29, les symptômes sont un peu amendés. Il n'y a pas eu de frisson hier. Cependant, point de sommeil, agitation. Pouls accéléré. Pas de selles depuis 3 jours. — Décoct. Tamarindi ℔j. — On est toujours forcé de sonder deux fois par jour.

Le 30, le bras est mieux ; il est dégonflé, moins rouge. Le blessé se plaint de douleur à la région lombaire gauche. On y découvre une ecchymose. Douleur à la pression. — Application de ventouses. État nerveux toujours très-marqué. Décoction d'arnica ʒij. sur ℥vj. d'eau. Sirop de quinquina ℥ij.

Le 1er mai l'état général est amélioré. Moins d'agitation et de fièvre. — Même potion. Odeur très-forte des urines. Le bras va bien. Le gonflement a diminué.

Le 2, constipation. — Pansement sec. Émétique 1 gr. en lavage.

Le 3, pas de selle. Électuaire lénitif ℥ij qui procurent dans la journée plusieurs garde-robes. La suppuration de l'avant-bras est devenue de mauvaise nature. Facies jaune un peu abattu. Il se plaint depuis quelques jours de douleur au fondement. Pas de frisson. Respiration un peu gênée. Pouls petit, un peu fréquent, pas beaucoup d'appétit.

Mixtion impossible. Point de symptômes cependant du côté des jambes : la sensibilité et le mouvement y sont conservés. Les urines sont épaisses, chargées, des flocons épais surnagent. — Liniment volatil en frictions sur la colonne vertébrale.

Le 6 mai, respiration toujours haletante. Pouls petit et peu fréquent, facies jaune, un peu effaré, douleurs persistantes au rectum ; le doigt introduit perçoit une surface rugueuse et douloureuse derrière le col de la vessie ; il y a eu une selle abondante formée de glaires et d'un peu de sang ; il n'urine qu'au moyen du cathétérisme ; il y a toujours une douleur vive à la pression du ventre vers la région iliaque droite. La douleur persiste vers les lombes et la fesse gauche. L'appétit est un peu mieux prononcé. Les plaies qui ont été injectées depuis deux jours avec la teinture de myrrhe et d'aloës, ont toujours un aspect blafard. La potion avec l'arnica qui avait été interrompue pendant l'administration du purgatif a été reprise hier et continuée aujourd'hui. — Bains.

La potion d'arnica a été continuée pendant quelques jours. Insensiblement l'appétit s'est prononcé davantage. Cependant, le facies reste toujours pâle, l'enfoncement derrière la prostate persiste. Il a affirmé un jour que l'anus était habituellement mouillé, mais il n'a pas persisté dans cette affirmation.

Cathétérisme toujours nécessaire jusqu'au 22 mai, époque où on retire la sonde. Il urine depuis ce moment sans douleur. Selles libres.

Le 26 mai, état général assez satisfaisant.

Sortie exigée.

Ce qu'il y a eu de plus remarquable dans l'affection ci-dessus mentionnée, c'est la durée de l'état nerveux pour ainsi dire ataxique qui a accompagné les autres phénomènes, et l'enfoncement ulcéré constaté derrière la prostate, et qu'on n'a point pu rattacher à l'altération des voies urinaires, malgré les recherches que l'on a faites à ce sujet. Aucun renseignement, n'a pu non plus permettre de leur attribuer une cause syphilitique. L'arnica a paru agir d'une manière favorable sur les symptômes nerveux.

*Angio-leucite du bras et de la cuisse. — Vastes foyers purulents. — Mort.*

Obs. XVI.— Decl... âgé de 36 ans, peintre.

Le 24 mai, cet homme revient de Vilvorde à Bruxelles chargé d'une lourde échelle qu'il portait sur l'épaule droite. Il ne s'est aperçu à son arrivée que d'une phlyctène à la plante du pied gauche, ce qui ne l'a pas empêché de vaquer à son ouvrage toute la semaine. Ce n'est que le cinquième jour qu'il ressentit des douleurs dans le bras et l'épaule droite, et qu'il se décida à venir à l'hôpital.

Le 29 mai, à son entrée, érysipèle du bras droit caractérisée par de la rougeur, de la chaleur et une forte douleur à la pression. Il y a tendance au phlegmon. On applique de la farine de seigle. — Diète. Rafraîchissants.

Le 30, mêmes symptômes, un peu de fièvre. — On donne sulfate de soude ℥j. dans une potion.

Le 1er juin, on répète le purgatif du 30 mai. On remarque de la rougeur sur le côté externe de la cuisse gauche où il y a tous les symptômes d'un second érysipèle. Toute la cuisse et la jambe sont pâteuses, considérablement gonflées.

Le 2, l'érysipèle de la cuisse est bien prononcé, persistance des symptômes, pas d'amendement. — Les purgatifs précédents ayant peu agi, on donne 1 grain d'émétique en lavage.

Le 3, pas d'amélioration, insomnie, face jaunâtre, pouls accéléré. — Friction avec l'onguent mercuriel sur les 2 érysipèles. Diète.

Le 4, la nuit a été mauvaise, il a eu plusieurs frissons, le facies est crispé, il a toujours de la fièvre et une soif vive.

Le 5, une fluctuation profonde est perçue à la cuisse gauche. M. Deroubaix pratique derrière le grand trochanter une ponction

explorative qui amène du pus. Il débride aussitôt largement et un demi bassin de pus s'écoule par la plaie. — Mèche de charpie et cataplasme.

Le 6, on sent de la fluctuation sous l'aisselle droite, la collection s'étend jusqu'à l'extrêmité a inférieure du muscle coraco-brachial, M. Deroubaix ouvre au creux de l'aisselle, et il s'écoule une quantité considérable de pus venant du bras et de la région sous claviculaire. — Même pansement. On nourrit légèrement le malade.

Le 7, beaucoup de suppuration des 2 côtés. — Diarrhée.

Le 8, le pus de la cuisse est devenu un peu fétide, on fait des recherches pour découvrir s'il ne proviennent pas du bassin.— On ne découvre rien.

Le 9, diarrhée, le malade va jusqu'à 10 fois la nuit. On donne la décoction de quinquina avec le tannin.

Le 10, il n'a plus été qu'une fois à la selle. Le pus diminue sensiblement, il gagne de l'appétit, mais il accuse toujours de l'insomnie. — On donne sirop diacode ℥j. dans sa potion. On augmente son régime; viandes roties.

La suppuration n'est plus aussi abondante, mais le pus continue à être un peu fétide, les plaies sont blafardes. — On injecte dans l'ouverture de la cuisse avec une décoction de quinquina.

Le 17 juin, sommeil agité pendant la nuit. Rêvasseries, frissons vagues. (On présume une résorption purulente). En pressant sous la clavicule on détermine l'expulsion de bulles d'air par la plaie de l'aisselle.

Le 20, la suppuration des plaies est presque nulle. Leur surface présente un aspect blafard. Le malade se plaint d'avoir ressenti encore un frisson de courte durée. Aspect terreux de la face. — Injection avec le chlorure d'oxide de sodium étendu d'eau. Point de selles depuis 2 jours. OEdème de la jambe et de la cuisse droite.

Le 23, aggravation graduelle des divers symptômes. Sommeil agité. Délire pendant la nuit; lorsqu'on interroge le malade il répond d'une matière incohérente. Les traits de la face s'altèrent de plus en plus ; le pouls est mou, fréquent, dépressible. La peau sèche ; vers le soir, la face s'injecte.

Le 24, mort.

*Autopsie.* — 1° On trouve du pus dans les veines du bras, surtout au niveau du pli du coude; 2° derrière le biceps brachial et le coraco-brachial se trouve un vaste foyer purulent dont les parois sont comme mortifiés, réduites en une espèce de putrilage; 3° dans la fosse iliaque gauche on remarque un dépôt considérable

de matière purulente qui s'est fait jour, au devant des muscles psoas-iliaque, au niveau de la partie supérieure de la cuisse, d'où le pus a fusé entre les divers plans musculaires de manière à envelopper le fémur d'une couche de matière purulente; 4° l'articulation coxo-fémorale gauche est également remplie de pus; toutefois les surfaces articulaires sont intactes, excepté l'échancrure située au bord inférieur de la cavité cotyloïde, qui est dépourvue de périoste.

Epanchement d'un liquide brunâtre purulent dans les cavités pleurales. Les poumons, surtout celui du côté droit, offrent d'anciennes adhérences. On découvre, à la partie inférieure et postérieure du poumon droit, des abcès métastatiques ainsi que des concrétions *calcaires* assez nombreuses. Le foie est mou, très flasque et présente plusieurs grands abcès de même nature. Le péricarde contient de la sérosité en plus grande abondance qu'à l'état normal.

Cœur mou, flasque, offrant à l'intérieur plusieurs caillots fibrineux qui bouchent la lumière des principales artères qui émanent du centre circulatoire.

*Tumeur inguinale simulant une hernie. — Ouverture de la tumeur. — Péritonite. — Mort.*

Obs. XVII. — Dec... âgée de 62 ans, journalière.

Cette femme fit un effort le 12 mai en soulevant une lourde marmite contenant environ deux seaux d'eau qui lui pèsa quelque temps sur l'aine droite. Elle ne ressentit aucune douleur sur le champ, mais deux jours après elle se plaignit d'une sensibilité dans cette région, qui l'empêcha de marcher. Elle fit cependant des efforts et continua de travailler jusqu'au 27; alors, les souffrances s'exaspérant pendant la marche, elle se mit au lit.

Le 6 juin, ne voyant pas d'amélioration, elle vient à l'hôpital.

A son entrée on remarque une tumeur alongée dans la direction du canal inguinal droit. — Il y a un peu de rougeur à la peau, on pourrait croire à une hernie inguinale, d'autant plus qu'il y a eu quelques vomissements, non stercoraux il est vrai. Expectation. Cataplasmes émollients. Diète.

Le 7, continuation du cataplasme; la fluctuation devient assez évidente.

Le 8, on incise la tumeur couche par couche, comme pour l'opération de la hernie inguinale, et on tombe dans un vaste foyer purulent qui s'étend vers la grande lèvre et l'aîne, mais ne communique pas avec l'abdomen. — Mèche. Pansement simple.

Le 9, état satisfaisant. — Un peu de nourriture.

Le 10, on continue le pansement d'hier, il y a une abondance de pus, pas de frisson. Bon appétit. Bon sommeil.

Le 14, moins de suppuration, pas de frisson.

Le 17, la plaie est un peu blafarde. La suppuration diminue.

Le 19, au pourtour de la plaie on remarque de la rougeur; la malade a un en frisson suivi de chaleur. Elle accuse de la douleur sous la pression abdominale. — Cataplasmes. Sulfate de de quinine gr. xij. en 6 paquets.

Le 20, la fièvre est moins intense ; mais la douleur abdominale (région iliaque) est plus vive. Le pouls est fréquent et dépressible. Le front se couvre de sueurs. Elle se plaint d'incontinence d'urine. En explorant la vessie on remarque un gonflement anormal des grandes lèvres ; l'orifice externe du canal de l'urètre est tellement effacé et bridé de cicatrices qu'on a de la peine à le découvrir. Il y a un peu d'incohérence dans les idées. 8 à 9 selles liquides. Vomissements de matière aqueuse. — Sangsues n° XXV. Cataplasme émollient. Friction mercurielle. Diète absolue.

Le 21 juin, la face est injectée, une sueur copieuse couvre le front. Le pouls augmente de fréquence. Le respiration s'embarrasse. Le ventre est fort gonflé, et rend un son tympanique très-prononcé. La douleur des régions iliaques augmente. — Sangsues à l'abdomen. Friction mercurielle.

Vers le soir aggravation des symptômes précédents. Face grippée. Distension énorme du ventre. Pouls petit, filiforme, imperceptible. Gêne de la respiration. Sécrétion involontaire de l'urine. Prostration extrême. Délire. — Mort le 22 à 6 heures du matin.

*Autopsie.* — Épanchement considérable d'un liquide crémeux jaunâtre dans l'abdomen. — L'abcès ne communique nullement avec cette cavité. — Les brides, observés à l'entrée du vagin, paraissent avoir été le résultat d'anciennes affections syphilitiques.

Épanchement séro-purulent dans les plèvres. — Petits abcès métastatiques dans les poumons.

Il est infiniment probable que la tumeur de cette femme, qui simulait si bien une hernie inguinale, a été produite par la contusion exercée sur le canal inguinal par la marmite qu'elle avait soulevée. — Il est aussi digne de remarque qu'une péritonite grave soit survenue ici après l'ouverture d'un abcès qui n'avait aucune communication avec l'abdomen.

*Accouchement. — Péritonite foudroyante.*

Obs. XVIII. — Th... âgée de 26 ans, servante.

Cette fille accoucha à l'hospice de la Maternité le 14 juin 1851.

Le travail de l'accouchement se termina sans présenter quelque chose de remarquable. Pendant 4 jours son état général fut satisfaisant, le pouls, la physionomie et l'état général du corps ne dénotaient absolument rien qui put faire redouter l'invasion d'une maladie funeste. Cependant, elle fut prise pendant la soirée du 18 juin, d'une diarrhée abondante dont elle ne se plaignit pas.

Le 19, la maladie fit des progrès rapides. Les traits s'altérèrent de plus en plus. Les lèvres devinrent bleuâtres, cyanosées, le nez pincé, les yeux un peu enfoncés dans l'orbite et entourés d'un cercle noirâtre, la respiration un peu gênée et la voix voilée. En même temps, le pouls devint faible, filiforme, tout annonçait une gêne extrême dans la circulation. Diarrhée abondante. Au milieu de désordres aussi graves la malade n'accusa point de douleur abdominale. Peau froide et flasque. — On administre une potion stimulante. Calorification aux pieds. Diète absolue. — Isolement. Vers le soir la face est injectée, la cyanose a disparu, on supprime les stimulants.

Le 20 juin, face terreuse. Délire. Douleur abdominale correspondante à la région iliaque.

La respiration haute, fréquente, s'embarrasse. Pouls petit, filiforme, presqu'imperceptible. Selles jaunâtres, abondantes. — Sangsues n° XXV sur l'abdomen. Frictions mercurielles 3 fois le jour.

Décédée vers 8 heures le soir.

Autopsie. — Endo-métrite peu prononcée. — Péritoine injectée, point de fausses membranes, ni de pus. — Poitrine saine.

La rapidité de la marche de cette maladie, le cachet comme cholérique de ses symptômes, le peu d'altérations pathologiques trouvées après la mort, semblent prouver que l'on n'a pas eu affaire à une péritonite ordinaire.

*Plaies au cou. — Suffocation imminente. — Trachéotomie.*

Obs. XIX.—Le nommé J. H. S., employé dans une administration, était tourmenté depuis longtemps par une hypochondrie profonde, lorsqu'au commencement du mois de février dernier, à la suite de quelques plaisanteries dont il avait été l'objet, il saisit un canif peu tranchant et dans le but de s'égorger s'en plongea une lame à plusieurs reprises dans la partie supérieure du cou, au côté gauche de l'intervalle thyro-hyoïdien ; les plaies qui en résultèrent furent aussitôt suivies d'un épanchement de sang abondant ; vivement impressionné, il ne se sentit pas la force d'accomplir sa résolution et tomba évanoui.

Trouvé dans cet état, on le transporta à l'hôpital de la petite ville où il se trouvait, et on lui fit subir le traitement des plaies transversales du cou ; aucun accident grave ne parut entraver ce traitement pendant l'espace de plusieurs semaines ; toutefois, pendant que la plaie tendait à se cicatriser en partie, des troubles se manifestèrent du côté du larynx, il survint de la toux, des souffrances se firent sentir à chaque inspiration. Elles s'exaspéraient encore lorsqu'il devait ingérer des aliments ; cette circonstance l'obligea à une abstinence assez sévère qui entraîna un état de faiblesse extrême.

Le 29 mars dernier, après sept semaines de souffrance, il quitta le lieu où il avait été traité jusqu'alors et vint à l'hôpital St-Jean.

Placé dans le service chirurgical de M. Deroubaix, il est soumis à un examen attentif qui fait découvrir les lésions suivantes : un trajet fistuleux, communiquant avec le pharynx, donne issue au dehors, pendant la déglutition, à une petite quantité d'aliments et de boissons ; de légers accès de toux se répètent à chaque gorgée. La pointe de l'épiglotte a été entièrement coupée ; le timbre obscur de la voix ressemble aux sons rauques et sifflants que l'on entend dans la phthisie laryngée, le pouls est petit et peu fréquent.

La possibilité de produire l'obstruction de la fistule est la question dont on s'occupe tout d'abord ; pour remplir cette indication, M. Deroubaix applique le bandage unissant des plaies du cou.

Le régime du malade se compose d'aliments mous et substantiels, il prend par jour quatre onces de vin. On lui recommande d'augmenter, par de légères inclinaisons, la flexion de la tête au moment de la déglutition ; cette dernière devient, par l'emploi de ce moyen, beaucoup plus facile. Rien n'est changé dans le traitement pendant les huit premiers jours. Pendant cette période le malade ne se plaint que de la toux qui l'incommode de plus en plus.

Le 7 avril, la fistule tend à se cicatriser ; mais la voix est toujours rauque, la toux persiste, la déglutition est pénible et douloureuse. On remplace le vin par le looch blanc de Paris auquel on ajoute un grain d'extrait de belladone.

Le 9, légères épistaxis pendant la nuit, crachats jaunâtres, pouls toujours le même qu'à son entrée ; la nature des crachats, qui ont une apparence purulente, éveille l'attention ; on entend à l'auscultation un ronchus sonore dans toute la poitrine et de nombreux râles ronflants à la base du poumon droit. Le lendemain, mêmes symptômes ; on donne la gomme ammoniaque avec le baume de tolu en pilules.

Le 12, pendant la nuit, grande difficulté de respirer qui ne fait que s'accroître les jours suivants, à tel point que le 15 les accès

de suffocation sont si violents qu'il lui est impossible de se tenir au lit ; il se promène à grands pas pour chercher de l'air. On lui donne un grain d'émétique en lavage ; après les efforts de vomissement l'expectoration, rendue plus libre, lui procure un peu de soulagement.

Le 18, l'état général du malade devient plus inquiétant ; trois jours se sont passés sans qu'il ait pu prendre aucune espèce d'aliments, il ne boit que très peu ; il se trouve dans un affaissement extrême, toute la peau est innondée d'une sueur froide, la respiration est haletante, la suffocation de plus en plus imminente, tout fait pressentir que l'hématose va cesser de se faire. M. Deroubaix, pour soustraire le blessé à l'asphyxie, se décide à pratiquer la trachéotomie ; cette opération est faite en présence de MM. les docteurs Uytterhoeven, Kœpl, Engelman, etc.

Une première incision longitudinale est pratiquée depuis le bas du larynx jusque vers le sternum.

Pendant que de nouvelles incisions sont faites plus profondément jusque vers la trachée, une compression est exercée sur la partie inférieure des parties divisées, afin d'empêcher l'entrée de l'air dans les orifices coupés du plexus veineux sous-thyroïdien. Une hémorrhagie assez copieuse que fournissent les veines incisées, n'est arrêtée complétement qu'au bout d'une demi-heure. Lorsque l'on a acquis la certitude qu'elle a complétement cessé, on pratique une nouvelle incision qui divise les cartilages trachéaux et le cricoïde, dans l'étendue de deux centimètres immédiatement au dessous du cartilage thyroïde. On introduit, par l'ouverture qui en résulte, la canule de Bretonneau ; les manœuvres que nécessite sa fixation provoquent de violents accès de toux suivis d'une expectoration muco-purulente et sanguinolente.

L'opération est achevée après une heure de travail, le malade se trouve alors dans un état de prostration considérable, la sueur découle de son front ; cependant tout n'est pas terminé, il reste une difficulté à vaincre, il s'agit de disposer l'instrument de manière à fournir à la respiration la quantité d'air qu'elle requiert, l'excès comme le défaut devenant une source d'oppression ou de gêne. Après plusieurs tâtonnements pendant lesquels le patient se plaint tantôt de trop respirer, tantôt de ne pas le faire assez, on arrive à établir l'équilibre désiré, en adaptant à la canule une grosse sonde en gomme élastique, percée sur le côté d'une ouverture convenablement proportionnée et portant à son extrémité libre un bouchon que l'on peut ôter et remettre à volonté, pour augmenter ou diminuer le volume d'air inspiré.

Outre cet appareil, les voies naturelles laissent toujours passer

une certaine quantité d'air; il survient un amendement notable dans l'état du malade. Il a un peu dormi pour la première fois, depuis quelques jours; mais pendant la nuit un accident vient de nouveau embarrasser la respiration. L'extrémité de la sonde se dérange et va s'enfoncer entre les muscles et la trachée, et ce n'est qu'après quelques instants qu'on parvient à la replacer.

Dans la matinée du 19, le pouls est à 80, la face bien composée, point de douleur, expectoration diminuée, toux peu fréquente. Le bouillon est avalé facilement, quoiqu'il en passe quelques gouttes dans le larynx. A 2 heures après midi, on s'aperçoit que la canule tend à se fourvoyer encore, et semble devenir trop courte à cause du gonflement des lèvres de la plaie ; on la retire pour la remplacer par une grosse sonde en gomme élastique, engagée de maniére à ne pas toucher la paroi postérieure de la trachée, pour laisser une communication libre entre cette dernière et la bouche; la sonde est fixée au moyen de cordonnets collés au devant du cou avec du collodion. On remarque bientôt une grande facilité dans la respiration.

Vers le soir, l'opéré se trouve dans un état fort satisfaisant, il ne se sert presque plus de la bouche ni du nez pour respirer. La soif est assez intense, mais il a peu d'appétit. Le lendemain, le pouls descend à 70 et s'y maintient jusqu'au 22; l'appétit augmente aussi graduellement, si bien qu'en une journée il finit par prendre jusqu'à 3 1/2 litres de bouillon, et 5 litres de limonade citronnée vineuse.

Le 22, craignant l'obstruction de la canule en gomme élastique, on l'ôte pour placer une canule recourbée en gutta percha, mais comme cela est arrivé avec la canule de Bretonneau, une toux très forte se manifeste et l'on doit se décider à replacer la précédente qui ne détermine aucun de ces inconvénients. L'examen de la poitrine dénote de l'emphysème. La nuit du 23 avril a été mauvaise, pas de sommeil, toux pénible, peu d'expectoration, des points pneumoniques se révèlent, on rencontre de la matité et du soufle à droite, oppression, accélération du pouls, râles laryngés. On fait une saignée de 6 onces. Deux jours se passent dans le même état. Le 25, dans la journée, on est obligé de remplacer la canule qui s'est oblitérée. Vers le soir, il a de la fièvre et un frisson.

Pendant les trois jours suivants, son appétit est assez prononcé, il prend avec plaisir les aliments qu'on lui donne. Le 29, son état est beaucoup moins rassurant, un second frisson survient; on se décide à donner du sulfate de quinine, sans toutefois se dissimuler qu'il se trouve dans les conditions les plus fâcheuses. Tout fait en-

trevoir une fin prochaine : l'abattement considérable, le pouls accéléré et petit, le fétidité de l'haleine et des crachats, la gêne de la respiration, bien qu'il y ait absence de douleurs, sont autant de symptômes qui ne font que s'aggraver jusqu'au 3 mai. Ce jour encore, il se plaint d'une douleur qu'il ressent au côté droit du thorax; le 4, il ne parle plus, il entre en agonie dans la matinée, et succombe à 10 heures du soir.

*Nécroscopie.—Plaies thyro-hyoïdiennes.* Toutes sont cicatrisées; un tissu dur et compacte, résultat de la cicatrisation, remplit les enfoncements que séparent les replis glosso-épiglottiques; au milieu de ce tissu, qui empêchait l'épiglotte de s'abaisser, l'on voit l'endroit où se trouvait l'orifice interne de la fistule à travers laquelle un fin stylet, introduit avec un peu d'effort, put encore pénétrer. L'épiglotte, dont la substance paraît indurée, est comme rongée et déchiquetée à son bord libre.

L'orifice supérieur du larynx n'est le siége d'aucune infiltration; il n'y a pas même de rétrécissement à cet endroit.

Le cartilage cricoïde présente à sa face interne et à gauche une légère érosion formée par plusieurs petits orifices, qui conduisent tous à un trajet fistuleux qui ne s'ouvre que dans le larynx et parcourt obliquement en haut la face laryngée gauche du cartilage thyroïde pour se terminer en cul-de-sac vers son angle. Il a un pouce de trajet et ne communique avec aucune autre plaie. La trachée a contracté une forte adhérence avec les plans organiques qui la recouvrent, sa muqueuse est enduite, comme celle des bronches, d'un liquide purulent très fétide. Le calibre des tuyaux aériens est généralement un peu amplifié.

La plèvre costale droite présente de nombreuses adhérences, une légère couche de fausses membranes recouvre la surface du poumon du même côté.

A gauche, il y a un épanchement séro-purulent peu abondant, et quelques débris pseudo-membraneux. Les poumons des deux côtés présentent à leur surface plusieurs escharres noirâtres gorgées d'une odeur gangréneuse *sui generis*.

Çà et là, il y a de petits abcès superficiels ou profonds; partout où le parenchyme n'est pas gangrené, il est imprégné d'un suc fétide et comme hépatisé. Les petites divisions bronchiques sont remplies d'un mucus purulent abondant. Le cœur, les reins et le foie sont exsangues et ont perdu de leur cohésion. Le tube digestif paraît sain.

L'opération a bien évidemment prolongé les jours de ce malade, arrivé à l'hôpital dans un état désespéré; elle a même un moment pu faire espérer une issue favorable.

EXTRAIT

DU

# BULLETIN

DE

# L'ACADEMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1850-1851. — N° 5.

SÉANCE DU 31 MAI 1851. — PRÉSIDENCE DE M. FALLOT.

## COMMUNICATIONS DU BURAEU.

M. le Président fait part de la perte douloureuse que vient de faire M. Vleminckx, président de l'Académie, dans la personne de sa mère, ce qui l'empêche de venir assister aux travaux de l'Assemblée.

L'Académie décide qu'une lettre de condoléance sera adressée, à cette occasion, à M. Vleminckx.

M. le docteur Rieken, membre correspondant, communique une note traduite de la *Gazette médico-chirurgicale* du docteur Dieterich, de Munich, sur les propriétés tænifuges de l'écorce de *Musenna*, arbre qui appartient à la famille des légumineuses et croît dans l'Abyssinie, où le ver solitaire est très-fréquent.

L'auteur de cette note, M. Prunerbey, assure que ce médicament est bien supérieur au *Kousso*, dont la spécificité contre le tænia a été reconnue non-seulement en Abyssinie, mais en Erance, en Angleterre et en Allemagne. Le kousso, bien qu'il soit, dit-il, un remède infaillible contre le ver solitaire, demande cependant quelquefois l'emploi simultané d'autres médicaments, tandis que l'écorce de musenna n'a jamais fait défaut. L'effet qu'elle produit diffère du kousso, en ce qu'elle tue

le ver sans provoquer, comme ce dernier, la diarrhée. Voici comment il rend compte de son premier essai : on fit piler et réduire en poudre deux onces de l'écorce de musenna, puis on mêla cette poudre à de la viande hachée, dont on forma de petites boulettes, qui furent légèrement cuites. Le malade mangea ces boulettes le matin, ayant eu soin, la veille au soir, de ne prendre qu'un peu de riz. Le lendemain, le ver était expulsé dans une selle molle.

M. Prunerbey annonce qu'un chimiste est parvenu à retirer de cette écorce un alcaloïde, avec lequel il pense qu'on pourrait faire des essais dans le même but.

M. Rieken, en terminant, exprime le désir que l'Académie parvienne à se procurer, par l'intermédiaire du Gouvernement, une certaine quantité de l'écorce de musenna (qui doit être prise sur les jeunes branches de l'abre), afin de mettre les médecins belges à même d'essayer à leur tour l'emploi de ce médicament.

M. Leroy d'Étiolles adresse à l'Académie la communication suivante :

« Monsieur le Président,

« J'ai l'honneur de placer sous les yeux de l'Académie un scarificateur des rétrécissements de l'urètre, d'une construction fort simple et d'une action très sûre. Il est formé de deux branches articulées comme des ciseaux, très allongées, très minces, tranchantes vers leurs extrémités du côté du dos seulement, susceptible d'un double mouvement de croisement qui fait saillir en dehors, à volonté, tantôt les dos, tantôt les tranchants : lorsque ces branches sont l'une sur l'autre, les deux dos masquent les deux tranchants, c'est dans cette position que le rétrécissement doit être franchi : lorsqu'on est parvenu en arrière du rétrécissement, les anneaux rapprochés l'un de l'autre par la pression des doigts, font écarter les branches, les dos en dehors, et le rétrécissement est accroché en arrière : alors le mouvement est renversé, les ciseaux s'ouvrent, les lames taillantes en dehors divisent l'obstacle; leurs extrémités mousses empêchent l'action de dépasser l'épaisseur des parois de l'urètre; on peut encore protéger en avant la partie saine du canal en faisant rentrer les lames toutes ouvertes dans un tube à deux rainures latérales. C'est un surcroît de précaution dont à la rigueur on peut se passer. Si le chirurgien ne veut faire l'incision que d'un côté, il substitue une branche complétement mousse à l'une des branches tranchantes par le dos, ce qui est très facile, ces bran-

ches s'articulant ensemble comme celles d'un forceps. On arrive au même résultat au moyen d'une gaîne à glissement qui vient recouvrir le tranchant de l'une des lames (1).

« Je désire que l'on ne se méprenne pas sur mes intentions ; si je m'efforce de perfectionner les deux méthodes de l'incision et de l'excision ou résection des rétrécissements de l'urètre, je ne les considère pas moins comme exceptionnelles, plus spécialement applicables aux rétrécissements fibreux de la portion spongieuse, ainsi que je l'ai nettement exprimé dans mes aphorismes relatifs à la thérapeutique des rétrécissements.

« J'ai l'honneur d'être avec respect, Monsieur le Président, votre dévoué serviteur et collègue. « Leroy d'Étiolles. »

« *P. S.* Je vous prie de déposer en mon nom l'instrument joint à cette lettre dans le muséum de l'Académie. »

RAPPORTS ET DISCUSSIONS.

*Rapport de la deuxième Section sur un travail de M. le docteur* Durant, *relatif au traitement du choléra épidémique.* — M. Lequime, rapporteur.

M. le docteur Durant, médecin de régiment à Tournay, vous a fait parvenir un mémoire manuscrit intitulé : *Un mot sur le traitement du choléra épidémique.*

Par suite d'une résolution prise dans votre séance du 27 février dernier, cet opuscule a été transmis à la deuxième Section à fin d'examen et de rapport : organe de cette Section, je viens vous exposer son opinion sur ce travail que l'auteur a déjà communiqué sous forme de notes, en novembre 1849, à M. l'inspecteur général du service de santé de l'armée. Le compte rendu des rapports des hôpitaux et infirmeries militaires, publié dans les *Archives de médecine militaire*, n'en ayant point fait mention, M. Durant a cru accomplir un devoir en vous soumettant le résultat de son observation et en appelant ainsi l'attention des praticiens sur un mode de traitement du choléra qui lui a presque constamment réussi. En effet, il l'a employé à Diest, dans vingt cas de différents degrés de gravité, quelquefois dans la période la plus avancée, et aucun malade n'a succombé. Par contre, à Tournay, sur quatre cas il a eu deux insuccès.

(1) Ce scarificateur à ciseaux a été exécuté par M. Matthieu, fabricant d'instruments de chirurgie, rue de l'ancienne Comédie, n° 28, à Paris.

Le Section ne peut se dispenser de vous faire remarquer, Messieurs, une circonstance qui l'a frappée, c'est que chez tous les malades une réaction franche s'est établie soit en trois quarts d'heure, soit en une heure ; une seule fois elle s'est fait attendre deux heures, et dans les cas même les plus graves la convalescence était déclarée du jour au lendemain.

Les membres de la Section, qui, pour la plupart, ont eu occasion d'observer le choléra sur une vaste échelle, se sont demandé comment il est arrivé que des moyens qui se sont montrés si peu efficaces, dans la période grave de la maladie, entre les mains des praticiens les plus recommandables de tous les pays, ont été couronnés d'un succès si complet entre celles de M. Durant. La Section n'a pu résoudre cette question que par une hypothèse : ou bien le choléra a revêtu à Diest une forme différente de celle qu'il a offerte dans d'autres localités, ce qui n'est guère probable, ou bien l'auteur s'est exagéré l'importance des symptômes qui se sont présentés à son observation, ce qui paraît plus vraisemblable.

Revenons, maintenant, au traitement mis en usage par M. Durant, il consiste dans les moyens suivants :

*Extérieurement.* 1° Application, le long du rachis, d'une bande de flanelle, trempée dans l'huile essentielle de térébenthine, sur laquelle on promène, à trois ou quatre reprises, lentement et de haut en bas. un fer à repasser très-chaud (le degré de chaleur doit être tel qu'il roussisse le linge sur lequel on le passe).

2° Cette opération terminée, lotions sur les extrémités inférieures avec eau chauffée à 75 ou 85° centigrades : puis arrosage des pieds, préalablement enveloppés d'un linge, avec eau chauffée à 90 ou 95° centigrades.

Pour éviter de mouiller le lit, on peut placer les pieds au-dessus d'une aiguière ou sur un drap approprié.

Si l'action de l'eau n'a point fait éprouver une douleur aiguë au malade, il faut procéder à une nouvelle ondée sur les pieds, augmenter même un peu l'intensité de la chaleur du liquide.

3° On répète pour les mains les mêmes lavages et les mêmes arrosements.

4° Onctions laudanisées sur la région abdominale que l'on recouvre ensuite d'une flanelle préalablement chauffée.

5° Bien couvrir le malade.

*Intérieurement.* Après l'application des moyens externes, M. Durant se hâte d'administrer les excitants diffusibles.

Dans un cas grave, il a eu recours au vin chaud aromatisé, pris par demi-verre de cinq en cinq minutes.

Dans la généralité des cas, il s'est contenté de donner des boissons diaphorétiques chaudes et de prescrire une potion composée d'eau de menthe, laudanum et éther sulfurique avec ou sans addition de sirop et d'eau de cannelle.

Il a eu également recours au sous-nitrate de bismuth pour s'opposer aux vomissements et aux selles.

A une réaction trop vive il opposait les émissions sanguines.

M. Durant fait observer que la médication qu'il recommande a d'autant mieux réussi que la maladie était plus près de son début et que le sujet jouissait antérieurement d'une meilleure santé : il ajoute que quand les accidents sont arrivés à leur summum d'intensité, qu'il y a déjà arrêt de la circulation, que le sang commence à se coaguler dans les gros vaisseaux, ou lorsque la maladie s'est développée avec une certaine intensité chez des sujets dont la constitution est délabrée, usée soit par des souffrances antérieures, soit par les spiritueux, les excès, etc., etc., il reste peu de chances pour une terminaison heureuse.

M. Durant établit un parallèle entre la méthode de traitement qu'il a employée et celles mises en usage par quelques praticiens et entre autres par M. Petit; il trouve qu'elles n'ont aucune similitude : vous aurez remarqué, toutefois, Messieurs, qu'elle ne diffère point de celles connues depuis longtemps.

Quoi qu'il en soit, la médication à laquelle M. Durant a eu recours a-t-elle l'importance qu'il lui attribue? La Section, loin de croire à son infaillibilité, estime qu'elle doit être rangée au nombre des méthodes de traitement que l'on a vantées outre mesure, tout en reconnaissant que les moyens énergiques dont elle se compose peuvent avoir leur degré d'utilité lorsqu'ils sont prescrits avec opportunité : elle vous propose de voter des remercîments à l'auteur et de déposer son travail aux archives de la Compagnie.

— Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

LECTURES ET COMMUNICATIONS.

*Note sur la cautérisation du larynx, et sur un nouveau porte-caustique laryngien ;* par le docteur A. Didot, membre titulaire, professeur agrégé à l'Université de Liége.

Dans un siècle où la parole domine le monde, il est peu étonnant que l'on se soit préoccupé des moyens de protéger les organes dépositaires de cette étonnante puissance, que l'on ait cherché à perfectionner la thérapeutique que nous opposons aux lésions toujours graves dont ils sont le siége.

Des travaux remarquables ont été publiés dans ce but par Baillie, Walcker, Hutchinson, Grave, Stokes, Bretonneau, Bennati, Colombat et autres; mais c'est surtout à MM. Trousseau et Belloc que nous sommes redevables du progrès le plus précieux imprimé à cette partie de la thérapeutique : je veux parler de la cautérisation directe du larynx, substituée à la révulsion éloignée qui seule était en usage avant la publication de l'ouvrage de ces auteurs.

Vous savez, Messieurs, et bon nombre de praticiens savent déjà à quoi s'en tenir sur la valeur de la cautérisation du larynx comme moyen curatif des affections *non-tuberculeuses* de cet organe : l'expérience a parlé ; son efficacité est reconnue ; je n'ai donc pas à discuter ici la question physiologique qui s'y rattache. Cependant, comme ce moyen n'est pas encore suffisamment répandu, comme il est loin d'être généralement admis dans la pratique habituelle, et que bon nombre de médecins en sont encore réduits à lutter contre des appréhensions hypothétiques, j'ai cru qu'il y aurait utilité marquée, à placer dans leurs mains un instrument simple et d'une manœuvre facile, qui leur permît de pratiquer la cautérisation laryngienne plus vite, plus sûrement et avec moins d'inconvénients que par les procédés en usage.

Mon intention n'est pas de soumettre à votre appréciation un travail complet sur la cautérisation laryngienne : pareille œuvre n'aurait en ce moment qu'une utilité contestable, puisqu'il reste peu de chose à dire en dehors de l'excellente monographie de MM. Trousseau et Belloc; j'ai à vous entretenir des procédés plutôt que de la méthode, et je désire surtout vous exposer les considérations qui m'ont engagé à faire construire mon *porte-caustique laryngien.* A cet effet, je dois jeter un coup d'œil sur les procédés en usage; puis je serai naturellement amené à

examiner s'il convient de leur faire subir des modifications et, par conséquent, si l'instrument que j'ai l'honneur de vous présenter, peut obvier aux inconvénients que nous constaterons.

On a porté les caustiques sur la muqueuse laryngienne, sous deux états différents : à l'état pulvérulent, et à l'état liquide.

Pour faire pénétrer dans le larynx des poudres plus ou moins caustiques, l'on a successivement employé le petit tube en verre ou en roseau déjà connu du temps d'Arétée, et le *tambour* plus compliqué de Bretonneau : mais ce dernier appareil n'a eu qu'un succès très-incertain, parce qu'il a rarement atteint le but.

Le procédé le plus en usage, consiste à *insuffler par aspiration*, au moyen d'un petit tube, dont l'une des extrémités contient la poudre médicamenteuse : le malade introduit le bout opposé dans la bouche, et aussi profondément que possible. Après avoir fait une expiration prolongée, il ferme la bouche, et exécute aussitôt une inspiration brusque. La poudre, entraînée par l'air qui traverse le tube, arrive dans le pharynx, où il en reste une partie, tandis que l'autre se précipite dans le larynx.

L'an dernier, M. le docteur Thomas, de Baltimore, a vanté les inspirations de poudre de nitrate d'argent par un procédé non moins ingénieux. « Si, dit-il, l'on maintient un morceau de nitrate d'argent « contre une meule qui tourne rapidement, on voit alors une grande « quantité de poussière se répandre dans l'air. En tenant la bouche « ouverte à quelque pouces de la pierre, on peut inspirer la dose voulue « de cette poudre. On ne laisse faire que quatre ou cinq inspirations « par séance. »

Vous avez déjà compris, Messieurs, tous les inconvénients de cette méthode comme moyen général ; vous avez déjà saisi tout ce qu'il y a d'anormal dans une médication qui, pour porter quelques parcelles de caustique sur un point limité du larynx, en saupoudre inévitablement les fosses nasales, le pharynx et tout l'appareil respiratoire lui-même. Sans doute cette diffusion du caustique présentera quelques avantages dans certaines circonstances, on modifiera heureusement des affections purement vitales, quand, surtout, on n'aura pas à se préoccuper de complication tuberculeuse ou autre; mais, dans la généralité des cas, peut-on compter sur une immunité absolue ? J'en doute.

Je crois donc que la cautérisation par la voie pulvérulente ne peut être considérée que comme un adjuvant utile, mais tout-à-fait exceptionnel, parce que l'éternuement, la toux, le vomissement même, accu-

seront toujours une révolte organique qui en neutralisera généralement les effets et s'opposera, surtout chez les enfants, à ce qu'on y recoure avec la persistance nécessaire.

Pour porter sur la muqueuse laryngienne des caustiques liquides, trois procédés sont connus.

Le premier consiste à prendre une flèche de papier roulé assez ferme, dont on recourbe l'extrémité, et que l'on trempe dans la solution caustique de manière qu'elle en retienne une goutte. Le malade ayant largement ouvert la bouche, l'opérateur déprime la langue en l'attirant un peu en avant avec une cuiller, puis il introduit la petite flèche, et lorsque son extrémité a dépassé l'isthme du gosier et l'épiglotte, il lui fait exécuter un mouvement de bascule qui l'enfonce dans la partie supérieure du larynx. Ce procédé est insuffisant et illusoire. Qu'est-ce d'abord que cette flèche de papier et cette seule goutte de caustique ? Comment faire pénétrer une simple flèche de papier dans l'ouverture de la glotte, au milieu des mouvements énergiques de tous les organes de cette région ? Et puis que fera une seule goutte de solution caustique déposée aveuglément sur un point que l'on ne peut préciser d'avance ? Si l'affection laryngienne siége à droite, on déposera le caustique à gauche : si le mal gît en avant, à la base du repli épiglottique, on cautérisera en arrière, quand toutefois la goutte bienfaisante n'aura pas été saisie au passage soit par la luette soit par le voile du palais. Ce procédé est donc essentiellement mauvais.

On emploie plus généralement le second procédé, qui s'exécute au moyen d'une baleine de quatre à cinq millimètres de diamètre, que l'on recourbe par la chaleur à environ trois centimètres de son extrémité, et sous un angle de quatre-vingt à quatre-vingt-cinq degrés. Un petite éponge sphérique, solidement fixée à cette extrémité, est complétement imbibée d'une solution de nitrate d'argent (au quart ou à la moitié). On déprime la langue, et on introduit le porte-caustique. « Dès que l'on a dépassé l'isthme du gosier, on heurte la paroi postérieure du pharynx avec l'angle de la tige de baleine ; un mouvement « de déglutition s'opère aussitôt, qui porte le larynx en haut ; on « saisit ce moment pour ramener en avant l'éponge que l'on avait « *enfoncée jusqu'à l'entrée de l'œsophage* ; par cette manœuvre, dit « M. Trousseau, on revient sur l'entrée du larynx en relevant l'épi- « glotte, et alors *appuyant fortement* sur la base de la langue avec la « portion de baleine qui se trouve dans la bouche, on exprime l'éponge « dans le larynx et dans toute l'arrière-bouche, ce en quoi on est servi

« par les convulsions du pharynx et par les efforts que fait le malade « pour aspirer l'air dont le passage est intercepté. » Tel est le procédé de M. Trousseau, procédé extrêmement simple en apparence, mais entouré d'inconvénients que j'ai plus d'une fois reconnus et que j'ai cherché à faire disparaître en construisant mon *porte-caustique laryngien.*

Et d'abord, Messieurs, veuillez observer que l'éponge, pour déverser son caustique dans l'orifice du larynx, doit avoir au plus quinze millimètres de diamètre, que dans ce diamètre est comprise l'épaisseur de la tige de baleine et une partie de l'éponge elle-même, embrassée par la constriction du fil qui doit la fixer : vous comprendrez donc qu'il reste peu d'espace spongieux, susceptible de recevoir une quantité de caustique suffisante pour obtenir des résultats toujours certains. En effet, que se passe-t-il pendant les huit ou dix secondes que dure toute l'opération? Le malade ayant la bouche ouverte largement, et la langue convenablement abaissée, l'éponge est par le fait seul de la révolte du pharynx, *enfoncée jusqu'à l'entrée de l'œsophage,* comme le dit M. Trousseau lui-même : or, pendant ce premier mouvement, elle a déjà perdu la plus grande partie de son liquide, puisque les constricteurs du pharynx sont là qui l'étreignent assez pour lui soutirer le caustique qu'elle contient. En outre, cette éponge se recouvre instantanément d'une couche épaisse de mucosités et d'albumine qui se concrète en grande partie. Or, quand on exécute le mouvement de retrait vers l'épiglotte, et surtout quand on cherche à faire pénétrer l'éponge elle-même dans la glotte, il ne reste plus du caustique en quantité suffisante, l'écoulement de celui-ci est contrarié par la couche mucoso-albumineuse qui revêt toute la sphère spongieuse et, enfin, l'expression de ce qui reste, se fait sur les bords du larynx plutôt que dans l'intérieur de cet organe. Il résulte donc de ces faits, que la cautérisation laryngienne, telle qu'elle se pratique aujourd'hui par le procédé de M. Trousseau, n'est, en réalité, qu'une cautérisation pharyngo-œsogienne qu'il faut modifier si l'on veut avoir la certitude d'agir sur le larynx lui-même.

La plupart des pathologistes, et MM. Trousseau et Belloc, l'ont reconnu puisqu'ils ont adopté un troisième procédé plus direct, mais trop violent pour être mis en usage dans tous les cas où ce genre de médication semble indiqué. Voici en quoi il consiste : « Une seringue « d'argent, semblable à celle d'Anel, porte un syphon de quinze centi- « mètres fortement recourbé à son extrémité et présentant une ouver-

« ture d'un millimètre de diamètre. On introduit dans la seringue un « quart environ de sa capacité de solution caustique, de façon que le « piston étant levé, l'instrument contienne trois quarts d'air et un « quart de liquide. Le malade étant disposé, la bouche ouverte et la « langue abaissée, on porte l'extrémité du syphon au delà de l'épiglotte « et, dès qu'elle a franchi cet organe, on pousse rapidement le piston. « Par suite du mélange de l'air et du liquide, il se produit une pluie « fine qui pénètre en même temps, dit M. Trousseau, dans la partie « supérieure de l'œsophage et du larynx. »

Ce procédé, je n'hésite pas à le déclarer, me paraît infiniment plus défectueux, plus mauvais même que le précédent. En effet, de deux choses l'une : ou le jet de la seringue pénétrera dans le larynx, où il se dirigera vers l'œsophage. S'il pénètre dans le larynx, sa direction le portera vers les profondeurs de l'organe, c'est-à-dire vers la bifurcation des bronches en effleurant seulement les parois qu'il devrait surtout cautériser. Dans ce cas, on manque le but que l'on se propose, et l'on détermine, sans avantage notable, une toux convulsive qui ne s'apaise que lorsque toutes les parcelles du liquide caustique ont été expulsées des voies aériennes. Si, au contraire, le jet de la seringue pénètre dans l'œsophage, on se borne à cautériser cette partie, le larynx échappe à la modification qu'on voulait lui faire subir, et l'on n'atteint pas davantage le but que l'on avait en vue. Je comprendrais mieux l'injection caustique au moyen de la seringue remplie au quart, *si l'on introduisait le syphon dans la glotte même, et si l'extrémité de la canule percée en arrosoir ne présentait aucune ouverture terminale dans l'axe de l'instrument.* Alors la pluie caustique frapperait les parois du larynx et produirait, à coup sûr, une cautérisation suffisante. Mais je trouverais toujours à ce procédé l'inconvénient de produire une toux convulsive d'autant plus à craindre que la matière de l'injection serait mêlée à une plus grande quantité d'air, et que l'impulsion du jet serait plus forte. Il n'est donc pas étonnant que les praticiens aient frappé ce procédé d'une juste réprobation, et qu'ils aient conservé la baleine coudée et l'éponge à défaut de meilleur moyen.

Cependant, n'exagérons rien, et quand je dis que les praticiens ont conservé ce procédé, ne croyons point, je le répète, que la cautérisation laryngienne soit passée dans le domaine de la thérapeutique vulgaire, qu'elle soit entrée dans le cadre des moyens usuels adoptés par la généralité des praticiens. Il n'en est rien, soyez-en convaincus ; et ce que j'affirme ici est tellement vrai qu'il n'est pas rare de rencontrer

des praticiens instruits et répandus qui connaissent à peine le procédé le plus simple pour l'exécuter. Cela vient, comme le dit M. Trousseau, de ce que l'on s'effraie trop de l'idée d'une cautérisation pratiquée ainsi dans la gorge et à l'entrée du larynx : et cependant on peut pendant quinze jours de suite, porter une fois une solution saturée de nitrate d'argent sur la muqueuse du pharynx sans produire la plus légère érosion, sans déterminer autre chose qu'une astriction à peine douloureuse. Et cependant l'on a vu les cautérisations avec les acides minéraux concentrés, procurer des guérisons que l'on n'eût osé espérer par aucun autre moyen.

Quoi qu'il en soit, j'ai cru qu'en présence des imperfections et des inconvénients que je viens de signaler, il y avait quelque chose à faire soit pour rendre la cautérisation du larynx plus sûre et plus facile, soit pour répandre une méthode qui n'est pas encore assez employée, et qui est loin, surtout, d'avoir reçu toutes les applications qu'elle comporte.

Le porte-caustique laryngien, que j'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de l'Académie, se compose d'un tube coudé assez semblable pour la configuration extérieure à celui de Chaussier (*Voyez la planche*, *a*, *a*). La portion coudée se compose d'un godet criblé de petits trous dans ses trois quarts supérieurs (*b*, *b*), et contient une éponge *très élastique* destinée à recevoir la solution caustique (*c*). Dans la longue portion de l'instrument, glisse une tige métallique (*d*) attirée et maintenue vers le pavillon par un petit ressort en spirale, et terminée vers le godet par quelques mailles articulées destinées à suivre le changement de direction qui résulte de la flexion du tube. Cette tige est munie à son bout extérieur d'un bouton plat disposé pour recevoir la pression du pouce (*e*), tandis qu'à l'entrée du godet, l'autre bout vient se fixer sur deux rondelles en argent séparées par une troisième rondelle en caoutchouc, destinée à faire l'office de piston compresseur de l'éponge (*f*). Enfin, sur le pavillon de l'instrument se trouve un anneau ménagé pour recevoir le doigt indicateur, et pour fournir un point d'appui à l'opérateur (*g*).

Maintenant, l'on comprend, que si l'éponge est imprégnée de liquide, la pression du pouce sur le bouton de la tige centrale de l'instrument doit faire cheminer le piston dont il vient d'être question, et que celui-ci comprimant *brusquement* l'éponge, forcera le liquide à jaillir par les petits trous du godet, et le répandra ainsi sur les parties avec lesquelles le godet se trouvera en rapport. Du reste, les dimen-

sions de l'instrument sont telles que le godet pourra pénétrer dans tous les larynx, et que l'appareil entier pourra être manœuvré d'une seule main, pendant que l'autre abaissera la langue et élargira l'isthme du gosier.

Ajoutons que le godet, aussi bien que les rondelles du piston qui doit comprimer l'éponge, ne peuvent être construits qu'avec de l'argent bien pur, afin qu'il ne s'opère aucune décomposition du caustique : en outre, la rondelle en caoutchouc doit avoir des dimensions suffisantes pour bien remplir la capacité du godet, et il faut la graisser convenablement pour qu'elle glisse rapidement où elle sera sollicitée par la pression de la tige centrale.

Quand on voudra se servir de l'instrument, voici en quelques mots comment il conviendra de procéder : la solution de nitrate d'argent, étant préparée avec un quart, un tiers, ou moitié en poids du sel caustique, on en charge l'éponge, soit en trempant le godet tout monté dans le liquide, soit en dévissant cette partie de l'instrument, retirant l'éponge, et la réintégrant ensuite dans son réceptacle *sans l'entasser* en aucune façon. On veillera à ce que le liquide soit absorbé par elle en quantité suffisante, mais l'on évitera avec le même soin, qu'il s'y trouve en excès, ou qu'il en découle spontanément. On aura la certitude que les choses sont bien disposées, quand le godet restera sec au dehors, et surtout vers son sommet, après avoir été légèrement essuyé. Ces détails paraîtront minutieux, peut-être, mais les opérateurs en comprendront l'utilité, surtout pour les cas où il convient de porter le caustique sur un endroit précis, sans labourer les tissus intermédiaires par des cautérisations inutiles.

Tout étant préparé, le malade assis sur une chaise haute, dans un jour bien clair, la tête et les mains solidement fixées par des aides, l'opérateur saisira le porte-caustique de la main droite, entre le pouce et l'index passé dans l'anneau du pavillon, le médius appuyé contre cet anneau, tandis que l'annulaire et l'auriculaire supporteront le tube par leur face unguéale. Le patient ayant largement ouvert la bouche, l'opérateur abaissera la langue avec le manche d'une cuiller tenue de la main gauche, et introduite jusqu'à la base de l'organe. Le porte-caustique sera aussitôt introduit dans la bouche, le *godet* dirigé horizontalement, le *bec* tourné vers le fond de la bouche, et le *coude* du tube rapproché de la joue droite du patient, pendant que la main du chirurgien se place dans une pronation marquée. En même temps, et pour permettre à l'œil de suivre la manœuvre, la longue portion du

tube sera attirée vers la commissure labiale gauche. De cette façon, l'instrument, pendant ce premier temps, décrit dans la bouche une ligne anguleuse qui, de la commissure labiale gauche, se dirige vers les premières grosses molaires droites, tandis que le godet se trouve occuper une autre ligne qui de ces molaires se rendrait à la luette.

Ce premier temps de l'opération exécuté, il ne reste plus qu'à faire cheminer le bec du godet jusqu'au delà de l'épilotte, *sans toucher* aucune des parties environnantes. Arrivé là, il faut, sans perdre de temps, abaisser l'extrémité du godet en faisant tourner l'instrument entre les doigts et en redressant le poignet; du même coup, on ramène l'épiglotte en avant, un mouvement de déglutition s'opère, le larynx est soulevé convulsivement, et vient de lui-même coiffer le godet qui se trouve engagé dans son intérieur sans qu'on ait eu besoin de l'y enfoncer par le moindre effort. Aussitôt, le pouce de la main droite s'est placé sur le bouton extérieur du piston, il l'a pressé vivement, et d'un seul coup brusque, il a fait jaillir contre les parois du larynx, et contre les replis arythéno-épiglottiques, tout le caustique que contient l'éponge. De cette façon, le deuxième temps de l'opération s'est accompli pour ainsi dire avec la rapidité de l'éclair, et l'opération est achevée avant que le patient en ait eu la conscience. Pour dégager l'instrument, il suffit de lui faire exécuter un mouvement de rotation sur son axe, en inclinant le tube vers la joue droite du patient, et ramenant le pavillon vers la commissure labiale gauche.

Cette manœuvre, si longue à décrire, est exécutée en cinq à six secondes au plus et, du moins, on a la certitude d'avoir bien et dûment porté le caustique sur les points que l'on voulait modifier, sans inonder toutes les surfaces voisines, qui n'ont pas à intervenir dans cette médication directe. Or, aucun des procédés connus ne possède cette précision rigoureuse.

Il est un inconvénient grave, inhérent à l'usage de la baleine coudée et de l'éponge, inconvénient que je n'ai pas encore signalé, et qui me paraît cependant devoir fixer l'attention des praticiens. Quand on exécute la cautérisation par ce procédé, l'éponge, après avoir franchi l'isthme du gosier, doit être enfoncée, d'après M. Trousseau, jusqu'à l'entrée de l'œsophage, puis ramenée sur l'entrée du larynx *en relevant l'épiglotte :* or, à ce moment de l'opération, il faut, suivant ce même auteur, *appuyer fortement sur la base de la langue avec la portion de baleine qui se trouve dans la bouche, afin d'exprimer le liquide contenu dans l'éponge.* Qui ne comprend que cette manœuvre doit infaillible-

ment froisser, contondre, irriter l'épiglotte, et déterminer même des accidents, qu'il importe tant d'éviter ? Qui pourrait prétendre que cette manœuvre sera inoffensive quand déjà il existe un travail ancien, une lésion organique, qui peut s'exaspérer par la moindre violence ? N'est-il pas à craindre surtout que l'on donne naissance à cette terrible affection que Morgagny a le premier signalée et que Bayle a nommée *œdème de la glotte*? Je n'oserais, pour ce qui me concerne, résoudre complétement ces questions encore indécises. Avec le porte-caustique, au contraire, j'échappe à tous ces inconvénients, parce que je n'ai aucune violence à exercer, aucune force à déployer pour faire jaillir le caustique. L'instrument fonctionne par ses propres organes, il ne demande aucun appui aux parties avec lesquelles il se trouve momentanément en rapport.

Je viens, Messieurs, de dire que la cautérisation laryngienne est loin d'avoir reçu toutes les applications qu'elle comporte : cette proposition est incontestable, et j'en trouve une nouvelle preuve dans les rares observations d'œdème de la glotte auxquelles j'ai pu appliquer ce moyen de curation. Ouvrez tous les pathologistes, compulsez les recueils périodiques, recherchez les traitements employés par les cliniciens, et vous reconnaîtrez que personne n'a songé à la cautérisation, du moins je n'en connais pas d'exemple. Ainsi, M. Legroux a employé les insufflations d'alun en poudre, et son malade est mort ; le même praticien a taillé l'ongle de l'index en pointe aiguë, et il a déchiré la membrane des bourrelets ; Marjolin a labouré ces mêmes bourrelets avec une longue racine de guimauve ; Lisfranc les a scarifiés ; M. Malgaigne les a écrasés ; tous ont vanté la laryngo-trachéotomie, et tous ont vu succomber leurs patients *sans songer à la cautérisation directe.* Eh bien ! Messieurs, j'ai été plus heureux ou mieux inspiré, et depuis plus de dix ans j'oppose la cautérisation à tous les cas d'œdème de la glotte qui se présentent à mon observation, avant d'en venir à ce que l'on peut appeler les grands moyens. Permettez-moi de choisir deux faits entre plusieurs autres ; ils contribueront, j'aime à le croire, à faire apprécier la valeur de la médication.

Il y a une dixaine d'années environ, je fus appelé en consultation par M. le docteur Reguard, de Dinant, pour un jeune homme de quinze à seize ans, de la commune d'Yvoir, qui, depuis une couple de mois se plaignait d'une extinction de voix, d'un rhume étrange, disait-il, dont l'aggravation avait enfin abouti à l'ensemble des symptômes qui constitue l'angine laryngée œdémateuse des auteurs. Depuis trois

jours surtout, les accidents avaient marché avec une rapidité telle, que le malade étouffé, cyanosé, à demi-asphyxié, s'épuisait en efforts inutiles pour aspirer l'air qui lui faisait défaut. Un sifflement aigu signalait chaque inspiration, tandis que l'expiration s'exécutait péniblement, mais sans bruit. Ayant introduit l'indicateur dans le pharynx, je sentis parfaitement le bourrelet œdémateux, saillant et assez fermé qui bouchait presque hermétiquement l'orifice du larynx.

L'œdème existait dans les replis arythéno-épiglottiques, j'en avais la certitude; mais je ne pouvais douter que l'infiltration n'eût également envahi les cordes vocales et le tissu cellulaire sous-muqueux de la partie inférieure du larynx. *La suppression de la voix*, la lenteur de la marche de la maladie, et surtout *la difficulté de l'expiration*, ne pouvaient laisser aucun doute à cet égard. C'était donc un des cas les plus graves que l'on pût rencontrer, et des moyens énergiques pouvaient seuls conjurer le danger. J'avais été appelé pour pratiquer la laryngo-trachéotomie, et le patient lui-même me suppliait de le soulager immédiatement, puisque tous les moyens ordinaires avaient échoué. Je pensais bien que l'opération serait en résumé notre seule planche de salut, mais aussi je me rappelais tous les insuccès de la trachéotomie seule, et je voulais auparavant tenter quelque autre moyen. Encouragé d'un autre côté par la jeunesse et la vigueur du malade, je proposai à M. Regnard de faire un essai de cautérisation au moyen d'un acide concentré? Cette proposition d'abord combattue, fut cependant acceptée mais avec toutes les réserves de l'incrédulité la plus entière. Cependant nous n'avions pas d'acide, et il n'y avait pas de pharmacien dans l'endroit! Je fis demander un peu d'*huile de vitriol* chez un cordonnier qui heureusement en avait une petite fiole. Aussitôt j'ajustai une petite éponge sur une baleine coudée, je l'imprégnai d'acide sulfurique et cautérisai largement tout le plancher du pharynx et par conséquent les bourrelets œdémateux. Des gargarismes multipliés lavèrent immédiatement cette région, et nous attendîmes le résultat avec une impatience facile à comprendre. Eh bien! deux heures après l'opération, le calme commençait déjà à renaître, il y avait plus de facilité dans les inspirations : le lendemain, l'amélioration était merveilleuse! Pour plus de sécurité, je cautérisai de nouveau avec le même acide un peu affaibli, et au bout de quatre jours la guérison était parfaite, malgré l'irritation qui avait dû nécessairement suivre l'application d'un topique aussi violent.

Dans ce cas il y avait bien certainement œdème *extra* et *intra* la-

ryngien, et cependant la cautérisation a produit une modification telle, que les liquides épanchés ont été résorbés, et que la maladie a disparu sans retour. Il est vrai que le sujet était jeune, et que les priviléges de l'âge ne peuvent être méconnus.

Dans la seconde observation que je désire vous soumettre, je n'ai pas été aussi heureux, mais vous allez voir que l'essai de cautérisation n'a pu aboutir par force majeure.

Un ouvrier armurier, dans la force de l'âge, éprouvait depuis une quinzaine de jours de la gêne dans la gorge et une toux légère, Les nuits étaient plus pénibles que les journées, mais comme les accidents légers d'abord, plus intenses ensuite, disparaissaient aux premiers rayons du jour, cet homme courageux oubliait ses maux pour reprendre son ouvrage. Enfin, une nuit de novembre, je fus appelé en toute hâte vers onze heures pour lui porter secours. La respiration anxieuse avait ce caractère pathognomonique, que l'inspiration courte, saccadée, sifflante, était accompagnée d'une toux striduleuse, tandis que *l'expiration était parfaitement libre*. En outre *la voix*, qui faisait entendre le timbre d'une superbe basse-taille, *était vibrante* et claire dans le peu de mots que ce malheureux jetait çà et là pendant les expirations. L'indicateur, porté dans le pharynx, sentait parfaitement deux bourrelets saillants, assez fermes, s'étendant en arrière sur les deux côtés de l'épiglotte. Le diagnostic ne pouvait être douteux ; j'avais à combattre un œdème de la glotte, mais l'œdème n'avait pas dépassé les replis arythéno-épiglottiques et se bornait aux deux bourrelets inférieurs comme le prouvaient assez et la conservation du timbre de la voix, et la facilité de l'expiration. Je voulus donc tenter une nouvelle application des caustiques et fis incontinent chercher de l'acide chlorhydrique avec lequel je cautérisai le double bourrelet. Au bout d'une demi-heure, le patient me dit qu'il se trouvait mieux, qu'il lui paraissait qu'il respirait plus librement, mais que la gêne était toujours bien grande. Avant de me retirer, je recommandai aux parents de veiller à ce que l'air de la chambre restât frais et pur, et ajoutai que si, plus tard, les accidents renaissaient, je serais forcé d'en venir à la trachéotomie. Le lendemain de bonne heure, je m'acheminais vers la demeure de mon patient, me félicitant d'avance de l'heureux effet de la cautérisation, effet que je croyais d'autant plus certain, qu'on n'était pas venu réclamer de nouveaux secours ! C'était une ingénuité de ma part... au lieu de cela, je trouvai mon homme opéré depuis plusieurs heures, et attaché à une énorme canule laryngienne ! Un autre chirurgien avait

été appelé aussitôt après ma sortie, et l'on avait immédiatement pratiqué la trachéotomie. Il ne me restait qu'à me retirer, jurant, mais un peu tard, qu'à l'avenir je compterais un peu moins sur les égards dus au praticien que l'humanité seule conduit au chevet du prolétaire souffrant.

Depuis lors j'ai appris que cet ouvrier avait succombé au bout de quelques semaines à une phthisie laryngée, et que cette fois encore la trachéotomie s'état montrée insuffisante.

Je viens, Messieurs, de vous faire apprécier l'effet de mon porte-caustique laryngien : vous avez vu que le jet du liquide caustique s'élance en pluie fine, et frappe avec une égalité parfaite tous les points de la circonférence d'un cercle assez étendu. Je dois ajouter ici que l'on obtiendra toujours cet effet, si l'on a la précaution d'employer une éponge *très-élastique*, si l'on a soin d'*abandonner* la tige du piston aussitôt que le pouce l'a poussée à fond, afin que le ressort en spirale puisse, à l'instant, la ramener et relever ce piston, si, enfin, la rondelle en caoutchouc est convenablement graissée et présente des dimenions suffisantes.

Le mode de cautérisation que j'ai l'honnneur de proposer, me paraît devoir convenir dans toutes les affections non-tuberculeuses du larynx qui peuvent réclamer une modification vitale directe. Ainsi, on l'emploiera avec une utilité réelle dans l'œdème de la glotte aussi bien que dans les laryngites chroniques de toutes les formes, pourvu que la tuberculose ne rende point tout secours humain inutile. Il va sans dire que la cautérisation ne saurait porter la responsabilité des insuccès constatés alors que les accidents menacent l'existence, et que des moyens mécaniques peuvent seuls suspendre le danger. En pareil cas, l'asphyxie envahit l'organisme, la mort est imminente, il faut donc ouvrir une voie artificielle à l'air respirable ; mais il n'en restera pas moins établi, que la trachéotomie sans la cautérisation, ne constitue qu'un palliatif momentané et tout-à-fait incomplet, qui ne peut devenir *curatif* que par l'adjonction d'une médication directe susceptible de modifier les tissu malades : or, la cautérisation peut atteindre ce but et seule, par conséquent, elle suffira dans les cas ordinaires.

Avant de terminer, je dois, Messieurs, témoigner à M. Bonneels jeune, l'habile fabricant d'instruments de chirurgie de Bruxelles et ma satisfaction et ma gratitude, pour l'intelligence remarquable avec laquelle il a compris et perfectionné ma pensée, pour l'habileté qu'il a déployée dans la confection de l'instrument que j'ai eu l'honneur de

vous soumettre. Citer M. Bonneels, c'est donner d'avance l'assurance que l'exécution est irréprochable.

— M. Lombard : Je suis bien loin de contester les avantages de l'instrument que l'honorable M. Didot vient de nous faire connaître ; je le crois appelé à rendre de grands services ; mais je dois dire quelque chose relativement à la cautérisation au moyen de l'éponge. Cette cautérisation, à mon sens, ne mérite pas tous les reproches qui lui ont été adressés. Je me sers assez souvent de ce moyen ; j'ai cinquante fois introduit l'éponge dans le larynx, et toujours j'ai eu à me louer de l'excellence de ce procédé. Il est d'une facilité que l'on ne comprend pas avant d'en avoir acquis l'habitude. Je croyais qu'il exigeait de la science, je croyais qu'il y avait beaucoup de difficultés à vaincre, je croyais, enfin, que c'était une opération à la portée seulement de quelques hommes exercés ; la nécessité me força de l'essayer, et je fus fort surpris de voir avec quelle facilité on introduisait l'éponge dans le larynx, avec quelle facilité on cautérisait parfaitement cet organe en suivant le procédé indiqué par MM. Trousseau et Belloc. Un membre de cette assemblée qui, malheureusement n'est pas ici, en est aujourd'hui peut-être à la trentième cautérisation : j'ai été présent à la première ; ce n'est pas moi qui ai opéré, mais il pourrait dire combien il est facile de pénétrer dans son larynx. J'espère que bientôt nous le reverrons parmi nous.

D'abord, Messieurs, la petite éponge n'est pas disposée tout à fait comme notre honorable collègue l'a indiqué. Il a dit : « La partie « que l'on introduit dans le larynx se compose de l'éponge et de la tige « à laquelle l'éponge est attachée. » C'est là une erreur : la tige n'entre point dans le larynx ; l'extrémité de la partie recourbée a une coche circulaire et profonde ; l'éponge y est solidement attachée à l'aide d'un fil très-fort et c'est l'éponge qui termine l'instrument et le dépasse de tout son volume. La tige n'est donc pas insérée dans l'éponge, et la seule chose qui soit introduite dans le larynx c'est l'éponge. Cette éponge, bien fine, est mise en contact, d'abord avec l'ouverture glottique, puis avec les parois du larynx. Étant comprimée, elle dégage le liquide qu'elle contient ; et où va ce liquide ? Il ne se précipite pas dans la trachée ; mais il va où il doit aller, c'est-à-dire sur les parois du larynx, les cordes vocales, ect. Ce procédé, donc, est excellent.

Cependant, Messieurs, je crois que je pourrais peut-être indiquer des circonstances où le procédé que vient d'inventer notre honorable collègue présenterait des avantages plus grands.

Ainsi, s'il s'agissait de cautériser le bourrelet sus et intra-glottique dans l'œdème de la glotte, l'instrument dont il s'agit, à cause de sa solidité et de sa résistance, serait, me semble-t-il, préférable à l'éponge.

Quant aux autres moyens qui ont été conseillés, la pluie fine à l'aide de la seringue et les poudres insufflées dans le larynx, je dois dire, que, dans certains cas, ils présentent aussi des avantages incontestables. L'instrument de Bretonneau, vulgairement appelé *pistolet*, a rendu des services, car rien n'est plus facile, quand on a un peu d'habitude, que d'insuffler les poudres dans le larynx, qui les attire si l'on saisit, surtout pour l'insufflation, le moment de l'inspiration. Or, quand il s'agit du croup, les fausses membranes s'étendent jusque dans les divisions des bronches et souvent dans les divisions les plus fines de ces conduits. De là l'insuccès des cautérisations bornées au larynx, et des opérations pratiquées sur cet organe. Il faudrait, dans ce cas, introduire les poudres partout, et le *pistolet* de Bretonneau est éminemment plus propre que tout autre moyen à faire obtenir ce resultat. Je vous déclare, Messieurs, que cet instrument m'a rendu de grands services ; car avec lui je ne me bornais pas à porter le corps astringent sur les parois du larynx, mais j'introduisais dans tous les rameaux bronchiques une poudre de sulfate d'alumine et de potasse : c'est en effet l'alun que j'emploie dans ce cas.

On a reproché à tous les moyens connus de produire une toux violente. Mais, Messieurs, c'est précisément cette toux qu'il faut appeler au secours de la thérapeutique ; c'est le moyen therapeutique par excellence , et si vous pouviez encore provoquer une toux plus forte il faudrait le faire. Le tartre stibié nous vient en aide pour provoquer des vomissements. Eh bien ! les efforts que l'on fait pour vomir sont encore un moyen curatif, de même que la toux. Le reproche de provoquer la toux n'a donc pas de fondement, car c'est précisément là un moyen que l'on emploie avec succès.

— M. François : Messieurs, lorsqu'on se trouve dans la nécessité de recourir à la cautérisation des voies respiratoires, on rencontre parfois des difficultés telles que le praticien, bien que convaincu qu'elle est sa seule ressource, a cependant le chagrin de devoir y renoncer. Je m'explique.

Chez les enfants très jeunes, il est possible de fixer la tête de manière à empêcher tout mouvement ; on peut alors ouvrir la bouche, vaincre la résistance des organes intérieurs et pratiquer la cautérisa-

tion tout à son aise, à l'aide de l'éponge de M. Trousseau. Chez les adultes qui, doués de raison, apprécient toute l'utilté de l'opération et s'y prêtent, la cautérisation laryngienne s'exécute également sans difficulté par le même procédé, lequel, il faut le reconnaître, suffit dans la grande majorité des cas. Mais il en est tout autrement chez les enfants de quatre à huit ans et même plus. Effectivement s'ils n'ont pas encore assez de raison pour comprendre le bien qu'on veut leur faire, ils ont déjà la volonté et la force suffisantes pour résister et rendre l'opération impraticable; aussi c'est surtout à cet âge que les tentatives faites pour cautériser avec la baleine garnie d'une éponge pénétrée du caustique liquide, manquent leur effet, à cause des contractions continuelles du pharynx et de la langue qui ne manquent pas d'exprimer l'éponge avant son introduction dans les voies aériennes. C'est chez de pareils sujets que l'instrument proposé par notre honorable collègue M. Didot, sera applicable et rendra de véritables services, puisque avec lui le caustique est soustrait aux résistances qu'il rencontrerait sans cela. Comme vous le voyez, Messieurs, je ne veux pas en généraliser, mais en préciser, en spécialiser l'emploi.

— M. le Président : La note de M. Didot sera insérée dans le Bulletin de la séance, ainsi que les observations qui viennent d'être présentées par MM. Lombard et François.

*Extirpation d'une tumeur volumineuse occupant la région parotidienne ; guérison.—Quelques propositions relatives à l'ablation des tumeurs de cette région ;* par M. Michaux, membre titulaire.

Messieurs,

Dans la séance du 28 juillet 1849, j'ai eu l'honneur de montrer à l'Académie une malade à laquelle j'avais extirpé une tumeur située entre l'artère carotide primitive et la veine jugulaire interne. J'ai revu cette personne avant-hier : la guérison s'est parfaitement soutenue. L'accueil que vous avez fait à cette communication, m'a engagé à vous présenter aujourd'hui un jeune homme auquel j'ai enlevé une tumeur siégeant dans la région parotidienne, et à émettre, à l'occasion de ce fait, quelques propositions relatives à l'extirpation des tumeurs occupant cette région. Voyons d'abord le cas clinique.

Édouard Meelberghs, âgé de vingt-quatre ans, domicilié à Diest, né de parents sains, eut, pour toute maladie, une pleurésie à l'âge de huit ans. La tumeur pour laquelle il vint réclamer mes soins, débuta à son

insu, il y a douze à quatorze ans ; c'est son coiffeur, en lui coupant les cheveux, qui la lui fit remarquer. Elle était alors située derrière l'angle de la mâchoire, mobile, indolente ; ayant d'abord le volume d'une petite noisette, elle s'accrut insensiblement. Meelberghs consulta plusieurs médecins : les uns lui prescrivirent des frictions fondantes ; d'autres lui conseillèrent de faire extirper cette tumeur, mais aucun ne s'offrit de procéder à cette opération. Il y a trois ans, le malade fut examiné par mon collègue, M. le professeur Van Kempen, qui crut reconnaître que la tumeur était composée de plusieurs ganglions lymphatiques engorgés, et qu'elle se prolongeait sous le muscle sterno-cléïdo-mastoïdien. Pendant cet examen, et lorsque notre confrère tirait sur la tumeur, pour s'assurer si elle était mobile, Meelberghs tomba à ses pieds. Vu cette syncope subite, M. le professeur Van Kempen pensa que le nerf pneumo-gastrique pouvait être compris dans la tumeur ; cependant il engagea le malade à venir se faire opérer à Louvain. Ce conseil ne fut pas suivi et Meelberghs continua le traitement local, jusques il y a deux ans ; alors, découragé par la marche croissante du mal, malgré les moyens employés, il ne fit plus de remèdes.

Au mois de janvier de cette année, Meelberghs fut amené chez moi par un de mes élèves, M. Brugmans, de Diest. Pendant que je l'examinais, le jeune malade tomba en syncope ; je crus cependant que l'on pourrait peut-être enlever cette tumeur, et à cette fin je l'engageai à entrer à l'hôpital Saint-Pierre de Louvain, où il se rendit le 3 février 1851. Je fis recueillir l'observation de cette tumeur par l'élève M. Mohimont, et j'examinai le malade de concert avec mes collègues MM. Craninx et Van Kempen.

La tumeur est du volume de la tête d'un enfant âgé d'un à deux ans ; son grand diamètre est de vingt-cinq centimètres et sa circonférence de quarante-cinq centimètres ; située dans la région parotidienne, elle s'étend en haut, de manière à relever horizontalement le lobule de l'oreille ; elle descend jusqu'au cartilage thyroïde, s'étend sur la face dans la région masséterine et se prolonge en dessous de la mâchoire. Sa surface est irrégulière, bosselée ; sa consistance n'est pas la même dans tous les points ; dure dans la plus grande partie de son étendue, elle est élastique et molle dans quelques points. Elle semble être assez mobile ; cependant elle s'étend profondément ; on ne peut l'isoler derrière la mâchoire inférieure ; elle est, en grande partie, devant le muscle sterno-cléïdo-mastoïdien, car en mettant ce muscle

dans le relâchement et en tirant la tumeur dans différents sens, l'extrémité inférieure du muscle n'est pas tendue; elle est pesante relativement à son volume; la peau qui la recouvre, libre, très amincie, est rouge çà et là; on sent, au devant de l'oreille, battre l'artère temporale, et sur une bosselure postérieure, il existe une autre artère qui se dirige horizontalement en arrière. Les battements de ces deux vaisseaux peuvent être perçus dans une certaine étendue de la tumeur; les battements de la carotide sont sentis jusqu'à la tumeur; plus haut ils ne sont plus perceptibles.

A l'auscultation, au moyen du stéthoscope, on entend en différents points un bruit de souffle, correspondant aux pulsations artérielles. En examinant les régions où sont placés des ganglions, on n'en trouve aucun engorgé, ni au cou ni ailleurs.

Le malade n'a jamais ressenti de la douleur dans la tumeur ni dans les parties voisines; il ne souffre pas de la tête; aucun muscle de la face n'est paralysé; la cavité buccale est conservée; la mastication, la déglutition, la respiration ne sont nullement gênées.

Le jeune Meelberghs paraît jouir d'une belle santé, mais il est désolé de sa difformité; il en est tellement embarrassé, qu'il ne sort presque que le soir, afin de n'être pas vu, et lorqu'il est obligé de sortir pendant la journée, il masque la tumeur. Il suffit de jeter un coup-d'œil sur le moule que je tiens en main, pour juger combien cette difformité était disgracieuse.

Voulant m'assurer si le nerf pneumo-gastrique était compris dans la tumeur, je tiraillai celle-ci en tous sens, je soulevai presque le malade en tirant sur elle; il ne survint plus de syncope et Meelberghs n'éprouva aucune gêne.

Enfin, pour chercher à distinguer la nature de la tumeur, je fis une ponction exploratrice dans le point le plus mou; il sortit, par la canule du trois-quarts, un peu de sérosité sanguinolente mêlée de quelques petits grumeaux, que j'ai examinés au moyen du microscope avec mon collègue M. Van Kempen, à qui ces espèces de recherches sont très familières; nous trouvâmes que ces grumeaux étaient formés de fibrine et de cellules de tissu cellulaire. Étant presque certain que cette tumeur n'était pas cancéreuse, je me décidai à l'extirper. Je vous avoue que si elle avait été cancéreuse, j'aurais hésité d'entreprendre une telle opération.

Le 8 février, assisté de mes collègues MM. Craninx et Van Kempen, je procédai à l'opération de la manière suivante: je fis dans le sens

transversal une incision elliptique, pour enlever de la peau ce qui me paraissait être de trop. Deux incisions verticales, qui venaient tomber sur la première, formèrent quatre lambeaux, que je disséquai à grands traits. La veine jugulaire externe, passant sur la tumeur, fut coupée ; la face externe mise à nu, je cherchai à la séparer sur ses faces latérales. En arrière, je fus obligé d'inciser une portion du sterno-cléïdo-mastoïdien ; en avant, le muscle masséter fut entamé ; une portion de la face externe de la mâchoire inférieure fut dénudée. Restait le point délicat de l'opération, la dissection de la face profonde : je fis cette dissection de haut en bas ; du tissu fibreux résistant entourait toute la tumeur et l'attachait aux parties voisines : je fis presque tout l'isolement de la tumeur au moyen des doigts, et j'eus soin, avant de couper les brides qui résistaient à l'action du doigt, de m'assurer que ces adhérences ne comprenaient pas de vaisseaux.

En dernier lieu, la tumeur ne tenait plus profondément que par un pédicule ; je l'incisai et la tumeur vint en entier. La plaie étant nettoyée, je liai douze artères, dont la recherche fut longue et difficile, car elles ne donnaient presque pas de sang ; je tordis un peu la veine jugulaire qui donnait du sang, et j'en repliai le bout dans le fond de la plaie ; on voyait à nu l'artère carotide externe, dont les battements furent remarqués à distance par tous les assistants. Je réunis la plaie par la suture entortillée, excepté en bas, où je laissai une ouverture pour l'écoulement de la sérosité sanguinolente et du pus. L'opéré n'avait pas perdu quatre onces de sang pendant toute l'opération ; il se coucha et on lui administra une potion calmante. Les suites de l'opération n'offrirent rien de remarquable.

Le 15 février (sept jours après l'opération), le malade se levait déjà.

Le 26, toutes les ligatures étaient tombées.

Le 5 mars, j'incisai la peau qui était en excès, et le 5 avril Meelberghs quittait l'hôpital, entièrement guéri, ayant pour toute difformité une cicatrice un peu enfoncée et plissée.

Vous pouvez juger, Messieurs, du résultat de l'opération. Il n'y a qu'une cicatrice peu difforme, cachée par le favori et le col de la chemise.

Ce jeune homme va reprendre ses études d'architecture, qu'il avait abandonnées, croyant qu'il ne pourrait plus jamais se produire dans le monde et qu'il ne lui restait plus qu'à vivre dans l'isolement. Depuis l'opération, son caractère a entièrement changé ; il est gai et il

m'a souvent dit que lorsqu'il pensait à son bonheur, il était ivre de contentement.

Voici la tumeur que j'ai conservée dans l'alcool; pesée quelques heures après l'opération, son poids était de *deux livres trois onces* : ses caractères physiques sont ceux d'une adénite chronique dégénérée; examinée au microscope par mon collègue M. Van Kempen, il la classa parmi les tumeurs fibro-plastiques.

---

La chirurgie moderne s'est beaucoup occupée de l'extirpation des tumeurs qui se développent dans la région parotidienne.

Je crois qu'à cet égard on peut émettre les propositions suivantes :

*Première proposition* Il faut chercher à distinguer si les tumeurs de la région parotidienne appartiennent à la parotide ou si elles sont étrangères à cette glande.

*Deuxième proposition.* Avant de décider l'extirpation d'une tumeur de la région parotidienne, le chirurgien doit s'enquérir quelle en est la nature.

*Troisième proposition.* Les ponctions exploratrices et l'examen au microscope des produits que l'on retire par les ponctions, sont deux moyens d'exploration d'une grande valeur pour établir le diagnostic différentiel des tumeurs de la région parotidienne.

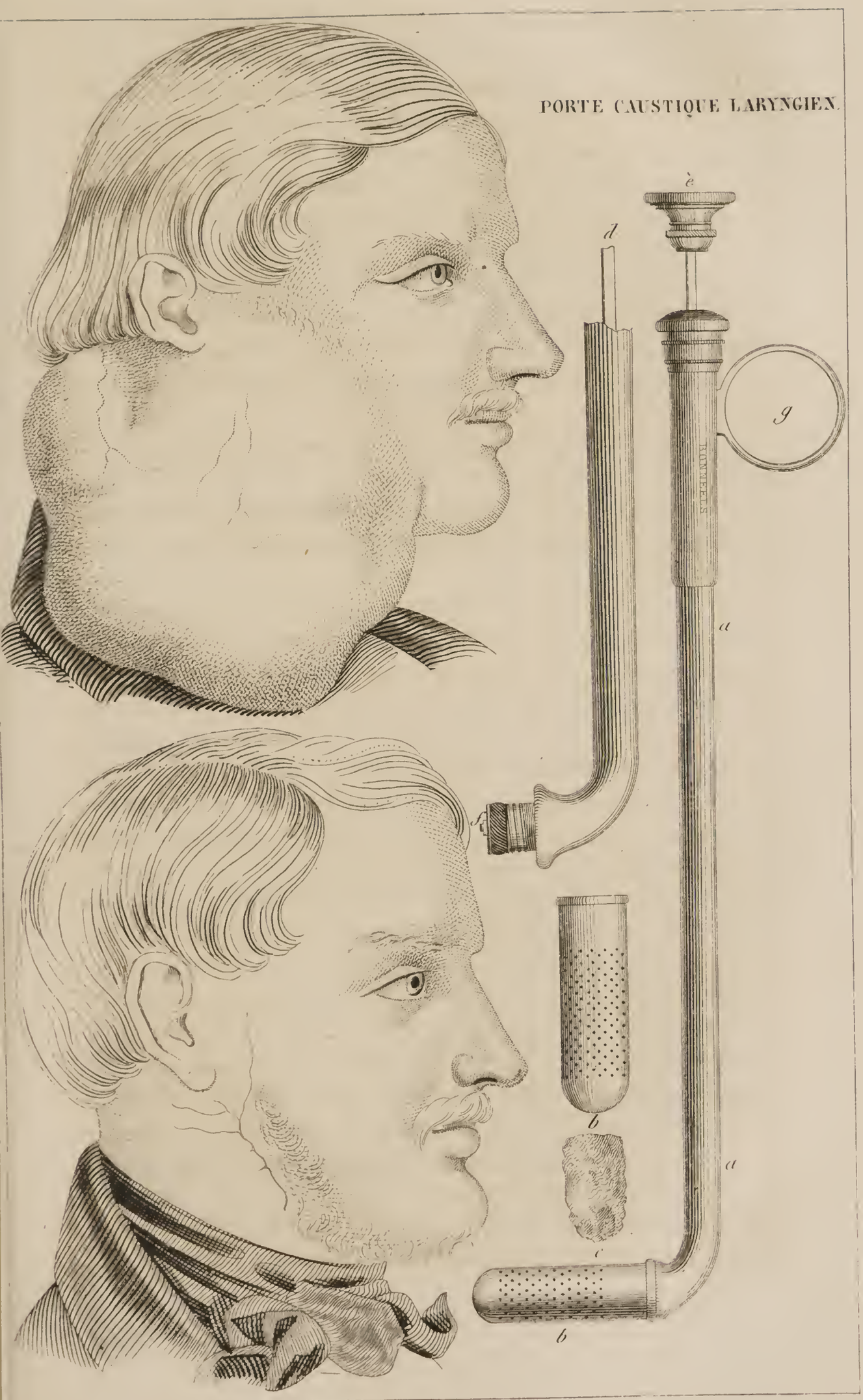
*Quatrième proposition.* Il ne suffit pas d'avoir constaté la nature de la tumeur, il faut aussi tâcher de connaître ses limites et si elle est mobile ou adhérente.

*Cinquième proposition.* On peut tenter l'extirpation des tumeurs de la région parotidienne sans faire la ligature préalable de l'artère carotide primitive, pourvu que l'on soit assisté d'un confrère sur lequel on peut compter pour faire, en cas de lésion de la carotide externe, la compression de la carotide primitive.

*Sixième proposition.* Si, pendant le cours de l'opération, on s'aperçoit que l'on devra nécessairement blesser la carotide externe, on la liera préalablement en dessous et au dessus de la tumeur.

*Septième proposition.* Si la tumeur est un cancer ramolli et qu'elle comprenne dans son intérieur l'artère carotide externe, il faut lier préalablement la carotide primitive. Sans cette précaution, on s'expose à laisser dans la plaie des racines du mal.

*Huitième proposition.* Il faut disséquer la face profonde des tumeurs avec les doigts, engager le doigt indicateur de la main gauche en des-


PORTE CAUSTIQUE LARYNGIEN.
e
d
g
BONNEELS
a
f
b
a
c
b

s des lames fibreuses que l'on ne peut déchirer avec les doigts et l'on doit inciser; au moyen du pouce et du doigt indicateur, on sure qu'elles ne renferment pas de vaisseaux, puis on les divise diment avec des ciseaux ou avec le bistouri.

*Veuvième proposition.* La veine jugulaire interne pouvant être ssée et l'air pouvant s'introduire dans son calibre, il faut disséquer ice profonde des tumeurs de haut en bas, sans tirer sur celle-ci.

— M. Dibot : Le succès obtenu par notre honorable collègue M. Mi-ux est certainement un beau fait chirurgical; aussi nous ne pou-s que lui adresser des félicitations, parfaitement méritées. J'ai saisi, s la communication qui vient de vous être faite, une particularité rêmement intéressante, sur laquelle je désire appeler votre at-ion.

I. Michaux vous a dit qu'en comprimant la tumeur avant l'opéra-, on avait déterminé une syncope, parce que l'innervation avait été nentanément suspendue. Les faits de ce genre sont assez rares; endant on les observerait plus souvent si l'on saisissait bien toutes particularités qui se rattachent à l'existence des tumeurs du col, tout des tumeurs compactes. Je donne des soins en ce moment à personne qui, depuis plusieurs années, porte une tumeur glandu-e de la région moyenne droite du col. Cette production, située rière le sterno-cléïdo-mastoïdien, repose sur le faisceau vasculo-ner-x auquel elle adhère déjà d'une manière manifeste, sans cependant r perdu toute mobilité. Eh bien ! cet homme est quelquefois saisi suffocations instantanées, par la seule pression de la cravate ou col de la chemise. S'il marche un peu vite, il arrive qu'à la suite mouvement brusque, la compression du pneumo-gastrique aug-nte et qu'il tombe comme foudroyé. J'ai fait voir ce malade à notre orable collègue M. Lombard, et dans nos explorations nous avons nnu que la tumeur a tout au plus le volume d'un œuf ; nous avons si reconnu qu'en comprimant cette tumeur on suspend complète-t la respiration après avoir provoqué une expiration brusque, blable à celle que l'on exécuterait pour éteindre une bougie en llant. J'ai plus d'une fois proposé l'extirpation de cette tumeur ; s, jusqu'à présent, l'on ne s'y est pas décidé et l'on attend que de veaux accidents viennent en démontrer l'urgence.

e dois faire une autre observation sur ce que notre honorable col-e a dit de la nature des tumeurs, et de l'opportunité de leur tion. Mon intention n'est pas sans doute de renouveler la discus-

sion qui a eu lieu à l'Académie de médecine de Paris sur les tumeurs du sein ; pareil débat n'aboutirait à rien en ce moment ; cependant, pour n'envisager la question que sous son point de vue réellement pratique, je dirai, en thèse générale, que lorsqu'une tumeur est dure, lorsque par sa position elle gêne certains organes essentiels, ou devient un obstacle à l'accomplissement d'une fonction importante, quand enfin elle n'est pas évidemment envahie par la matière cancéreuse résultant d'une cachexie, alors il vaut mieux opérer que s'abstenir. Telle est ma conviction, telle est la dotrine que je professe, et qui chez moi est le résultat de l'expérience autant que de l'étude des auteurs cliniciens.

Je sais que cette manière de voir rencontre beaucoup d'opposants ; mais je vois tant d'inconvénients dans l'abstention, tant de malheurs dans la négation de secours actifs, que je suis fermement convaincu que ma pratique est sage, prudente et humanitaire. Vous avez des malades voués d'avance à la mort, si vous ne les opérez pas : en les opérant, au contraire, vous avez de nombreuses chances de les sauver ! Pouvez-vous hésiter ? Les principes opposés paraissent tendre à dominer la chirurgie, je le sais parfaitement bien, et l'on voudrait aujourd'hui ériger l'abstention en règle, tandis que l'opération deviendrait l'exception : mais, je le répète, telle ne saurait être ma façon de penser et d'agir. Dans le doute raisonné, j'opérerai : voilà en quoi je diffère d'opinion avec l'honorable M. Michaux, et surtout avec l'honorable M. Seutin que je regrette de ne pas voir en ce moment parmi nous.

Quant à ce qui concerne les tumeurs parotidiennes proprement dites, tout le monde est d'accord pour reconnaître que leur ablation constitue l'une des opérations les plus dangereuses de la chirurgie, Il est difficile de poser *à priori* des préceptes applicables à tous les cas, il est difficile surtout de décider d'avance s'il convient ou non de lier la carotide : ce sont les circonstances qui doivent guider le chirurgien, et généralement on agit suivant les éventualités.

— M. Lombard : Je dois faire quelques observations sur l'opinion que vient d'émettre l'honorable M. Didot. Il n'est pas d'accord avec M. Leroy d'Étiolles, qui a démontré qu'en opérant le cancer du sein on abrégeait la vie du malade ; il n'est pas d'accord avec la plupart des médecins. Il veut que dans le doute, on opère. Ainsi, si vous avez la conviction que c'est un cancer, vous n'opérez pas, car ce que vous venez de dire conduit à cette conséquence.

Mais vous opérez dans le cas où il est douteux que la tumeur soit cancéreuse et dans le cas où elle ne l'est pas. Eh bien ! elle l'est ou elle ne l'est pas : si elle ne l'est pas, elle a peu d'importance et dans ce cas laissez le malade, il ne périra pas ; si, au contraire, la tumeur est cancéreuse l'opération est inutile. *(Interruption.)* Les tumeurs sont cancéreuses dès leur naissance ou plus tard un dépôt cancéreux vient se faire à cet endroit. Mais ce n'est pas parce qu'une tumeur bénigne existe comme telle, qu'elle prédispose à un dépôt cancéreux plus que tout organe existant dans l'économie. Une tumeur bénigne est composée de tissus que l'on rencontre dans l'état physiologique, et ces tissus de nouvelle formation qui donnent lieu à la tumeur, ne sont pas plus prédisposés aux dépôts cancéreux que les mêmes tissus développés dans l'état normal.

Ainsi, vous le voyez, vous êtes, sous ce rapport, parfaitement d'accord avec M. Leroy d'Étiolles, et avec tous ceux qui ont pensé jusqu'à présent qu'il fallait laisser le cancer tranquille, parce qu'il est démontré que la vie est plus longue alors que l'on n'opère pas que lorsque l'on opère.

— M. Burggraeve : J'ai demandé la parole afin de restreindre jusqu'à un certain point la proposition de notre collègue M. Lombard. Je pense, comme lui, que pour les tumeurs non-cancéreuses il faut éviter autant que possible de les opérer, ces tumeurs n'étant pas toujours sujettes à dégénérescence, et leur présence ne causant pas de graves inconvénients. Cependant, il est des cas où l'extirpation est nécessaire : c'est lorsque la tumeur menace d'étouffer le malade. Je citerai pour ma part un cas d'ablation totale du maxillaire supérieur gauche pour un polype fibreux de l'antre d'hygmore. La tumeur était un polype fibreux et offrait plus de chances de non-récidivité que me semble en présenter la tumeur opérée par M. Michaux. J'ajouterai que, depuis trois ans que l'opération a été faite, l'opéré n'a pas cessé de jouir de la meilleure santé. Voilà le cas où l'opération est nécessaire, la tumeur fût-elle même d'une nature douteuse.

Quant aux tumeurs des régions parotidienne et cervicale, je ne saurais trop insister sur la nécessité de faire préalablement la ligature de la carotide primitive. Dans différentes opérations, j'ai dû à cette précaution de n'avoir pas rencontré des difficultés insurmontables. Restent les tumeurs cancéreuses. Ici j'ai une confession à faire; je la ferai avec franchise. Il fut un temps où je m'abandonnais assez facilement à l'espoir de sauver le malade porteur d'une tumeur douteuse.

J'en ai opéré, et beaucoup. Je dois le dire, j'ai peu réussi. Quant à reconnaître si, *à priori*, la tumeur est sujette à la dégénérescence, c'est difficile. Le microscope peut, sans doute, rendre des services à cet égard, mais cet examen ne donne aucune garantie quant à la récidive. Dans le cas de M. Michaux, cet honorable professeur a eu raison d'opérer. Par son siége et son volume, la tumeur était de celles qu'il faut enlever si l'on ne veut voir survenir des symptômes graves de suffocation. D'ailleurs elle n'avait point de rapports intimes avec les organes de la région qu'elle occupait : la parotide, le nerf facial, les vaisseaux profonds, etc. Elle était de la nature de celles qu'on a considérées longtemps comme étant dépendantes de la parotide et qui, en fait, appartiennent aux ganglions préparotidiens. La possibilité qu'il y a eu de conserver le nerf facial ne laisse aucun doute à cet égard. Dans des cas analogues j'opèrerai également.

— M. Michaux : Je crois que M. Didot ne m'a pas bien compris quand il a dit que nous étions en désaccord, car dans une de mes propositions, j'ai dit que lorsque la tumeur est cancéreuse il faut faire la ligature préalable de la carotide primitive, parce qu'alors il est important d'enlever *tout le mal*. J'ai bien dit que dans le cas présent, je n'aurais peut-être pas opéré si la tumeur avait été cancéreuse, mais pourquoi ? Parce que d'une part la récidive était à craindre, et d'autre part parce que l'opération devait se passer dans une région dangereuse ; pour un cancer de sein, je me déciderais plutôt pour l'opération, parce qu'alors celle-ci n'offrirait pas le même danger que lorsque la tumeur se trouverait dans la région parotidienne ; je veux dire qu'il faut aussi tenir compte des dangers qui résultent de la région dans laquelle on opère, pour décider de l'opportunité d'une opération.

M. Lombard a dit : « Une tumeur est primitivement cancéreuse ou elle ne le devient pas. » Je crois qu'on pourrait modifier un peu cette opinion, et dire que le tissu cancéreux peut se développer dans une tumeur qui est primitivement d'une toute autre nature.

— M. Didot : La doctrine qui vient d'être exposée par l'honorable M. Burggraeve est sans doute d'une réserve qui, sous certain rapport, peut paraître sage : c'est même celle de la plupart des praticiens qui emportés par une ardeur enthousiaste ne peuvent sentir un couteau ou un bistouri sans que ces instruments leur brûlent la main. Mais lorsque, après avoir beaucoup vu et beaucoup opéré, ils reviennent à des idées plus calmes, ils ne peuvent s'empêcher de récapituler leurs insuccès ; et alors par une exagération inverse, ils jettent le couteau

avec dégoût et proclament bien haut que toute tumeur douteuse doit être abandonnée. Eh bien! Messieurs, c'est là ce que j'appellerai la chirurgie du désespoir; et cette chirurgie, je la répudie.

Moi aussi, Messieurs, j'ai beaucoup opéré; je dirai même avec l'honorable M. Burggraeve, et en me mettant à son point de vue, que j'ai opéré dans certaines circonstances avec assez de légèreté; mais je m'empresse d'ajouter que si parfois j'ai eu le regret d'avoir fait une opération inutile, dans beaucoup d'autres cas, je n'ai eu qu'à me féliciter d'avoir eu le courage de surmonter des doutes raisonnés et d'enlever des tumeurs incertaines. Permettez-moi de vous rapporter entre beaucoup d'autres, trois cas où j'ai opéré malgré l'avis des praticiens les plus distingués et où j'ai réussi complétement.

Une jeune dame portait au sein une tumeur dure et pesante, de la grosseur d'une bille de billard, survenue à la suite d'un sevrage remontant à plusieurs mois. Il y avait des ganglions axillaires et des douleurs lancinantes.

Justement alarmés en présence de pareille affection, les parents réclamèrent mes soins, et de mon côté je proposai de consulter quelques hommes éminents pour connaître leur opinion. Nous nous rendîmes à Bruxelles et fûmes assez heureux pour rencontrer MM. Seutin, Craux et Stiévenart, de Mons, qui par hasard se trouvaient réunis à l'hôpital Saint-Pierre. Deux de ces messieurs furent d'avis qu'il ne fallait pas opérer, et le troisième regardait l'issue comme chanceuse. Malgré des autorités aussi respectables, je déclarai que j'opérerais, puisque c'était la seule chance de salut qui restât à cette dame; peu de jours après, j'avais effectivement enlevé la tumeur avec les téguments qui la recouvraient, et j'avais implanté sur la plaie, de la peau saine empruntée aux surfaces voisines, sans m'occuper des ganglions axillaires. Voilà maintenant huit ou neuf ans que l'opération a été faite, et la guérison n'a pas été compromise un seul instant. La tumeur, composée de tissu lardacé, présentait au centre un noyau cérébriforme de la grosseur d'un jaune d'œuf, qui n'était que de la matière cancéreuse déjà ramollie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

# MÉTÉOROLOGIE. — *Observatoire royal de Bruxelles.*

| AVRIL 1851. | Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin. | Température centigrade de l'air, à 9 h. du m. | Extrêmes de la température centigrade. Maxim. | Minim. | Quantité d'eau recueillie à midi en millim. | VENTS dominants. | ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | mm. | ° | ° | ° | mm. | | |
| 1 | 758,54 | 4,4 | 10,0 | 3,3 | 10,44 | O.-NO. | Pluvieux le matin; beau le soir. |
| 2 | 762,53 | 6,2 | 10,0 | 1,8 | 0,51 | SO.-NO.-N. | Assez beau le matin; pluvieux et venteux le soir. |
| 3 | 758,05 | 9,3 | 11,7 | 6,3 | 5,09 | O.-SO. | Sombre et pluvieux. |
| 4 | 757,51 | 6,7 | 11,7 | 4,2 | 5,22 | SO.-O.-NO. | Pluvieux le matin; beau le soir. |
| 5 | 755,36 | 3,7 | 9,6 | 2,9 | 1,02 | O.-NO. | Sombre, petite pluie le matin; beau le soir. |
| 6 | 759,64 | 4,5 | 8,0 | 0,0 | 0,13 | NO.-NE. | Nuageux, froid, giboulées. |
| 7 | 759,47 | 4,8 | 8,2 | 1,3 | 0,15 | NE.-E. | Beau le matin; sombre le soir. |
| 8 | 754,07 | 5,7 | 9,3 | 3,3 | 5,35 | E.-NE. | Pluvieux. |
| 9 | 751,73 | 7,6 | 10,4 | 4,3 | 1,15 | NE. | Nuageux, assez beau. |
| 10 | 755,69 | 9,0 | 11,7 | 5,0 | 0,13 | SO.-ONO. | Beau mais nuageux. |
| 11 | 754,67 | 8,5 | 13,2 | 4,4 | 0,89 | O.-NNE. | Sombre le matin; beau le soir. |
| 12 | 753 60 | 7,2 | 12,7 | 4,2 | 0,13 | NNE.-SO.-SE. | Beau. |
| 13 | 756,07 | 8,7 | 13,2 | 5,4 | » | SSE.-N. | Nuageux mais beau. |
| 14 | 754,84 | 8,3 | 14,8 | 6,8 | » | E.-NE. | Sombre le matin; beau l'après-midi; pluie le soir. |
| 15 | 752,22 | 7,9 | 14,5 | 7,5 | 10,18 | NE. | Pluvieux. |
| 16 | 754,96 | 7,7 | 10,5 | 6,4 | 0,76 | NNE.-NE. | Couvert. |
| 17 | 754,12 | 15,4 | 18,2 | 8,5 | 1,15 | NE. | Beau, pluie légère l'après-midi; journée chaude. |
| 18 | 757,89 | 15,7 | 19,6 | 9,3 | 0,38 | SO.-ONO | Beau, pluie le soir; journée chaude. |
| 19 | 759,74 | 12,2 | 21,9 | 10,3 | 1,65 | ONO.-SE.-S. | Assez beau. |
| 20 | 752,17 | 16,0 | 19,0 | 8,3 | » | SO.-NO.-NNO. | Un peu de pluie l'après-midi; pluie pendant une partie de la soirée. |
| 21 | 748,57 | 15,1 | 20,0 | 8,3 | 14,13 | NNE.-NE. | Couvert le matin; serein le soir. |
| 22 | 745,42 | 15,0 | 18,9 | 12,3 | 1,78 | SO. | Temps chaud, variable; averses fréquentes. |
| 23 | 750,71 | 13,2 | 19,3 | 10,2 | 10,05 | SO. | Temps chaud; assez beau l'après-midi; pluie le soir. |
| 24 | 753,73 | 13,0 | 18,2 | 9,1 | 1,91 | SO.-OSO. | Menaçant pendant le jour; beau mais froid le soir. |
| 25 | 750,68 | 10,4 | 17,7 | 7,2 | » | SO. | Nuageux; temps frais. |
| 26 | 752,41 | 10,0 | 13,1 | 6,4 | » | N.-NE. | Sombre et froid le matin; pluvieux le soir. |
| 27 | 745,79 | 8,7 | 13,5 | 6,5 | 8,02 | NO.-SO. | Pluie continue tout le jour. |
| 28 | 748,03 | 7,3 | 10,6 | 3,3 | 14,13 | SO.-NE. | Sombre, giboulées de neige et de grêle. |
| 29 | 750,32 | 4,6 | 10,8 | 2,3 | 4,83 | SO.-NNE. | Sombre et pluvieux. |
| 30 | 750,06 | 5,2 | 12,0 | 4,0 | 5,73 | SSO.-SO. | Averses, grêle et tonnerre; le soir serein. |

# REPRODUCTION ET REVUE

DES

# JOURNAUX ETRANGERS.

## III. Anatomie et Physiologie.

### PHYSIOLOGIE.

1. *Études analytiques de physiologie et de pathologie sur l'appareil spléno-hépatique*; par le docteur J.-H.-S. Beau, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Suite et fin : *voir* t. I, janvier 1851, p. 1 ; t. III, mars, p. 18 ; t. V, mai, p. 1.

(Archives générales de médecine, mai 1851.)

*Hépatite.* Nous voulons montrer qu'il y a des hépatites déterminées par l'influence directe et locale des *ingesta* sur le foie. Cet article est pour ainsi dire la conséquence du précédent ; car, si certaines substances peuvent déterminer une affection passagère du foie, caractérisée par une violente douleur, avec gonflement et fluxion sanguine de l'organe hépatique, il n'y a pas loin de là à produire une congestion phlegmasique fixe et continue, c'est-à-dire une hépatite.

Cette affection ne se voit dans toute son intensité que dans les climats chauds, et spécialement dans l'Inde et aux Antilles, où elle atteint un grand nombre d'individus. C'est donc seulement sur les documents fournis par les médecins qui ont pratiqué dans ces différents pays, que nous pourrons établir le point de pathogénie en question.

Nous dirons d'abord que tous ces médecins sont d'accord pour proclamer la fâcheuse influence des alcooliques et des aliments irritants sur la production de l'hépatite. Annesley dit que parmi toutes les influences qui, dans le Bengale, déterminent l'inflammation du foie, il en est peu d'aussi énergiques que

l'habitude des boissons alcooliques (1). Un autre auteur, qui a pratiqué aussi au Bengale, le docteur Twinning, nous apprend que l'usage immodéré du vin, des alcooliques, et des aliments stimulants, expose le plus grand nombre des Européens qui habitent l'Inde aux inflammations suppuratives du foie (2). D'après lui, il faut voir dans cette circonstance, et dans les vicissitudes atmosphériques si brusques de l'Inde, la double cause des inflammations hépatiques qui sont endémiques dans ce climat (3).

Le même auteur nous donne un renseignement précieux sur l'époque de l'apparition de l'hépatite, dont il fixe le début immédiatement après le repas (4). Cette particularité rattache l'hépatite qui débute ainsi aux coliques hépatiques déterminées par certains *ingesta*, et nous montre dans cette apparition identique des deux affections du foie une influence productrice provenant de l'ingestion qui la précède (5).

Comment agissent les *ingesta* pour produire l'hépatite?

On sait que Broussais avait imaginé qu'ils enflammaient d'abord le duodénum, puis les conduits cholédoque et hépatique, et enfin le foie. Il avait fondé là-dessus son hépato-duodénite, qui est une des maladies hypothétiques de la doctrine dite *phy-*

(1) « Amongs the various influences which more directly occasion the « supervention of inflammatory action in the liver, there are few more ener- « getic than the immediate addiction to the use of spirituous liquors » (*Diseases of India*, vol. I, p. 488 ; London, 1828).

(2) « Habitual plethora, and superabundance of wine and spirituous liquors, « as well as of stimulant food beyond the real wants of the constitution; doubt- « less keep the greater number of Europeans in India, in an almost perpe- « tual state of proclivity to inflammatory and suppurative disease of the « liver » (*Diseases of Bengal*, t. I, p. 247 ; Calcutta, 1835).

(3) *Ibidem.*

(4) « The attack sometimes commence suddenly after eating » (*ib.*, p. 244).

(5) On peut admettre que, si les matières irritantes, et entre autres l'alcool, produisent si facilement dans les climats chauds des inflammations hépatiques, c'est que, dans ces climats, le sang porto-splénique est peu assimilant, et laisse pénétrer jusqu'au foie les différents *ingesta* sans les avoir préalablement modifiés ou détruits. Il est permis encore de penser que ce défaut d'assimilation tient en partie à ce que, par suite de la chaleur et de la raréfaction de l'air, le sang porto-splénique contient une insuffisante quantité d'oxygène. Le contraire se voit dans les pays froids, où le sang, qui doit y être très-oxygéné, possède une grande faculté d'assimilation. Des personnes dignes de foi, qui ont voyagé en Russie par un froid de 25°, m'ont dit y avoir bu de grands verres d'eau-de-vie, sans en éprouver le moindre malaise.

*siologique*. Cependant la physiologie ne permet guère une semblable hypothèse ; car elle nous apprend que beaucoup de substances irritantes, et surtout les boissons alcooliques, auxquelles Broussais reconnaissait surtout une grande influence dans la production de l'hépatite, sont absorbées dans l'estomac, et ne vont pas par conséquent jusqu'au duodénum.

Beaucoup d'auteurs, qui n'ont pas pu accepter cette opinion de Broussais, ont dit que les substances excitantes irritaient l'estomac, et enflammaient sympathiquement le foie, par suite de la solidarité qui lie ensemble les différentes parties de l'appareil digestif.

Cette explication pouvait, à la rigueur, compter pour quelque chose, à une époque où l'on pensait que l'absorption se faisait par les vaisseaux lymphatiques, et que les matières absorbées ne traversaient pas le foie. Mais maintenant que le transport, dans le foie, des matières absorbées par les veines gastro-intestinales, est considéré comme un fait physiologique, irréfragable, on est forcé, ce me semble, de reconnaître que si les substances irritantes enflamment le foie, elles produisent cet effet directement et par contact ; et il n'est pas nécessaire pour cela qu'elles aient préalablement irrité le tube digestif. Car, de même que l'on voit quelquefois le gros intestin enflammé par des substances qui sont arrivées jusqu'à lui sans produire aucune altération sur les parties supérieures du tube digestif, de même le foie peut subir une inflammation isolée, de la part des matières qui ont traversé l'estomac, l'intestin et la veine porte, sans enflammer ces différents organes (1).

Je dois mentionner une autre opinion sur la cause des hépatites dans les climats chauds. Comme l'inflammation du foie vient souvent compliquer les dyssenteries, qui aussi sont endémiques dans ces climats, on a expliqué cette complication fréquente, en disant que les matières purulentes, résultant de l'inflammation dyssentérique, étaient absorbées par les veines du gros intestin, et transportées au foie, qu'elles enflamment ainsi directement.

Nous ferons remarquer que cette explication ne peut être applicable qu'aux seules hépatites qui surviennent dans le cours des dyssenteries ; et encore dans ces cas-là, elle laisse quelque

(1) Je ne nie pas pour cela les hépatites produites par l'extension au foie de l'inflammation des veines gastro-intestinales. On en trouve des exemples dans Ribes (*Revue médicale*, 1825), dans MM. Andral (*Clinique médicale*, t. IV, p. 229; 1831) et Bouillaud (*Traité des fièvres*).

chose à désirer. En effet, même en dehors de la dyssenterie, il faut que, dans l'Inde et les pays chauds, le foie soit prédisposé à s'enflammer; car en France, où il règne souvent des épidémies de dyssenterie remarquables par le nombre et la gravité des cas, nous ne voyons pas que l'hépatite vienne jamais apparaître comme accident ordinaire de ces épidémies. Il a donc dans les climats chauds une circonstance inconnue, qui dispose le foie à s'enflammer, quand il est irrité directement soit par les matières dyssentériques, soit par certaines substances ingérées.

*Cirrhose.* Bien qu'on ne soit guère fixé sur la véritable nature de l'altération hépatique à laquelle Laennec a donné le nom de *cirrhose*, on est généralement d'accord sur sa cause la plus ordinaire, qui est l'habitude des boissons alcooliques. Cette affection paraît être plus commune en Angleterre qu'en France, parce que les Anglais se livrent plus que les Français à l'intempérance et à l'ivresse.

Eh bien! encore ici il est impossible de ne pas admettre que, puisque l'habitude des alcooliques provoque à la longue le développement de la cirrhose, c'est que le foie est habituellement et directement affecté par les liquides alcooliques qui y sont transportés par la veine porte.

Mais pourquoi, dira-t-on, s'il en est ainsi, les alcooliques occasionnent-ils des hépatites purulentes à Calcutta, et seulement des hépatalgies ou des cirrhoses à Paris et à Londres? C'est que l'organisme ne réagit pas contre une cause identique, exactement de la même manière, sous toutes les latitudes. En Algérie, les refroidissements portent leur action surtout sur le gros intestin, et déterminent des dyssenteries; en France, ils donnent lieu le plus ordinairement à des bronchites. Sous les tropiques, les piqûres des pieds et des mains produisent presque à coup sûr le tétanos; dans l'Europe, les mêmes plaies déterminent rarement cette redoutable complication. Voilà pourquoi le foie, bien que soumis à l'influence de causes excitantes identiques dans l'Inde et en Europe, n'y est pourtant pas le siége de manifestations morbides exactement semblables.

*Agents thérapeutiques.* On comprend que, si les substances alimentaires sont transportées au foie par la veine porte, les médicaments doivent aussi pénétrer par la même voie jusqu'à l'organe hépatique. Du reste, c'est déjà ce que nous avons conclu, au sujet des purgatifs et du remède de Durande, que nous avons vu provoquer des accès d'hépatalgie.

Les eaux de Vichy, qui ont une action si salutaire dans la curation des hépatites et des coliques hépatiques, vont directe-

ment modifier le foie malade, transportées qu'elles sont jusqu'à cet organe, au moyen du courant veineux de la veine porte; Je rappellerai également que dans l'observation I, un accès de colique a été déterminé quelques minutes après l'ingestion d'un verre d'eau de Vichy.

Durande, qui vivait à une époque où l'on n'admettait pas l'absorption des *ingesta* par la veine porte, avait son opinion sur le transport de son remède jusqu'à la vésicule biliaire, où il fallait, de toute nécessité, qu'il se rendît pour y dissoudre les calculs. « Ce dissolvant, dit-il, est très-subtil, très-pénétrant; il doit, dans les intestins, se résoudre en vapeurs, capables de pénétrer dans le calcul cholédoque, et de là dans la vésicule. » Je me m'arrêterai pas à combattre cette opinion singulière. Je me demanderai seulement si ce fameux remède jouissait réellement de la propriété de dissoudre les calculs. Je n'en vois nulle part la preuve positive. Durande affirme bien avoir vu rendre par les selles *des calculs dissous et transformés en une matière blanchâtre et semblable à de la poix*; mais qu'est-ce qui prouve que cette matière était une transformation de calculs? Ce qu'on ne peut nier, c'est que ce remède a plusieurs fois éloigné beaucoup les accès de coliques, et même les a fait quelquefois disparaître pour toujours. Mais il a agi dans ce cas comme antinévralgique du foie, et a exercé, pour la curation des hépatalgies, une action spécifique, et toute différente de celle qu'on lui a gratuitement prêtée comme dissolvant des calculs biliaires.

En admettant que certains évacuants pénètrent par la veine porte jusqu'au foie, il faudrait expliquer comment ces agents purgent en même temps le canal intestinal; mais rien n'empêche d'adopter cette opinion, que les agents précités, une fois arrivés jusqu'au foie, sont là soumis à une action élective, par suite de laquelle le foie les élimine de la masse du sang, et les fait couler avec la bile par les vaisseaux biliaires, qu'ils suivent pour rentrer dans le tube digestif. Il est fort possible que les évacuants, qui passent pour provoquer une abondante sécrétion de bile, et qui pour cela ont été justement nommé *cholaloques* par Galien, agissent de la manière que nous venons de dire. Voilà une question qui doit être facilement résolue par des expériences et des vivisections.

Mais non-seulement les aliments, même les plus excitants, non-seulement les médicaments, arrivent au foie par la veine porte ; les poisons solubles suivent la même voie avant de pénétrer dans tout l'organisme, et d'infecter la masse sanguine. Pour cela, je n'ai besoin que de rappeler les expériences de M. Orfila,

au sujet de l'intoxication arsenicale, expériences qui ont toujours permis de constater une grande proportion de substances toxiques dans le foie. Qui ne voit maintenant la raison de cette surabondance? Le foie étant placé comme une barrière, ou plutôt comme un filtre entre le système de la veine porte et celui de la veine cave, il est tout naturel que les poisons qui lui arrivent du tube digestif par le courant de la veine porte, et qui sont obligés de le traverser, s'y accumulent en plus grande quantité que dans les autres organes.

Tels sont les différents faits pathologiques qui indiquent que les matières ingérées dans le tube digestif sont transportées au foie par la veine porte. Ces faits sont comme le corollaire des expériences si nombreuses que l'on a faites, dans ces derniers temps, sur la faculté absorbante de la veine porte; et il y a, sous ce rapport, accord parfait entre la physiologie et la pathologie.

Cependant ces faits pathologiques n'ont jamais été signalés, même à l'époque où le transport des aliments dans le foie était accepté comme un des principes les plus incontestables de la physiologie. En effet, qu'on parcoure les ouvrages de Galien et des principaux galénistes, on n'y verra jamais que des maladies du foie sont déterminées par l'action directe de certains *ingesta* transportés dans l'organe hépatique.

Cette espèce de contradiction entre la physiologie et la pathogénie, qui étonne au premier abord, se comprend ensuite, quand on considère que, pour les anciens, toute la partie absorbable des aliments se réduisait à un suc unique, au *chyle*, qui, préparé pour ainsi dire par la nature comme une sorte de lait intérieur, ne pouvait jamais avoir de qualités offensantes pour le foie. Voilà, comme je l'ai annoncé dans la partie physiologique, en quel sens l'erreur du chyle, considéré comme résidu alimentaire unique, avait exercé une fâcheuse influence sur la pathologie du foie.

Nous avons vu que, sous ce rapport, Stahl était allé plus loin que les galénistes, puisqu'il admettait que les *ingesta*, désignés par lui sous les noms de *acida*, *fæculenta*, et *mucido-crassa*, avaient la fâcheuse propriété de produire un épaississement du sang porte. Mais il paraît que pour Stahl cette fâcheuse influence des *ingesta* précités s'épuisait dans la veine porte, et ne s'étendait pas au foie; car on ne trouve pas dans ses ouvrages l'indication de maladies hépatiques déterminées par ce genre de cause.

Ce n'est que depuis la réhabilitation du système de Galien

par M. Magendie, que l'on a émis quelques idées sur les conséquences pathologiques et thérapeutiques du transport des *ingesta* au foie. Ainsi M. Magendie, le premier, signale l'action directe, sur le foie, des médicaments absorbés par la veine porte (1) ; mais il ne parle aucunement des maladies du foie dues au transport des *ingesta*. M. Andral, à propos de l'influence des alcooliques dans l'hépatite, se demande si cette affection ne peut pas être produite directement par les alcooliques transportés jusque dans le foie (2). M. Bérard, dans le volume de *leçons* qu'il a fait paraître à la fin de l'année passée, admet tout à la fois le transport des poisons minéraux dans le foie, où on les trouve en grande abondance, et le développement des maladies graves du foie, sous l'influence directe des alcooliques, qui sont absorbés par la veine porte. Enfin, à ces opinions exprimées comme les conséquences pathologiques de l'absorption des *ingesta* par la veine porte, il faut ajouter celle par laquelle quelques auteurs, voulant se rendre compte de la présence des échinocoques dans le foie, ont admis que les ovules de ces entozoaires pénétraient dans le tube digestif avec les aliments et les boissons, et de là se rendaient, par la veine porte, dans l'organe hépatique, où ils étaient arrêtés, et où leur éclosion avait lieu.

Il nous reste, pour terminer la partie pathologique de ce mémoire, à parler des différentes affections qui dérivent d'un dérangement dans les fonctions propres du foie et de la rate. Ce second fragment de la partie pathologique que nous traitons devrait être, à cause de son importance, plus étendu que celui du transport des *ingesta* considérés comme cause de maladies ; mais, attendu la nouveauté des faits physiologiques qui doivent nous servir de point de départ, nous n'aurons guère qu'à poser une indication de recherches à poursuivre. Nous allons parler d'abord du foie, nous finirons après par la rate.

Nous n'examinerons plus, à l'exemple de Galien, comment, et jusqu'à quel point, les quatre éléments, le chaud, le froid, le sec et l'humide, produisent les différentes affections liées à un vice de la sanguification hépatique. Nous devons tout

(1) « Il n'est point douteux que les médicaments absorbés dans l'estomac et les intestins ne passent immédiatement à travers le foie, et qu'ils ne doivent avoir sur cet organe une influence qui me paraît mériter l'attention des médecins. » (*loc. cit.*, t. II, p. 260).

(2) « Portées directement dans le foie par les veines mésaraïques, les molécules alcooliques ne peuvent-elles pas déterminer ainsi directement sur cet organe une irritation puissante » (*loc. cit.*, t. IV, p. 229)?

simplement rappeler les principaux actes sanguificateurs du foie, tels qu'ils nous ont été signalés dans de récentes expériences, et voir en quoi ils peuvent être la cause de maladies.

Le foie sert à la sanguification, en produisant du sucre, de la graisse, et en ramenant à l'état de fibrine ordinaire la fibrine déliquescente du sang porto-splénique. Examinons successivement ces différentes fonctions.

Le sucre fourni par le foie a fait penser, immédiatement après sa découverte, à une nouvelle théorie du diabète. On s'est dit : le sucre que l'on trouve dans les urines tient ou à ce que le sucre hépatique n'est pas détruit dans le poumon, ou à ce qu'il est produit en trop grande quantité par le foie. M. Bernard adopte cette dernière opinion.

Mais on n'a pas encore pensé à cette seconde question. Si, dans certains cas, le foie sécrète du sucre en quantité surabondante pour donner lieu au diabète, il peut aussi très-bien, dans d'autres cas pathologiques, ne pas en sécréter du tout, ou en produire en quantité insuffisante pour les besoins de l'organisme. Quelle est la maladie qui résulte de ce défaut ou de cette insuffisance de sécrétion sucrée ?

Relativement à la graisse produite par le foie, M. Bernard professe l'opinion que, lorsque cette graisse se trouve dans le sang en quantité surabondante, il en résulte l'état des urines qu'on appelle *urines chyleuses*. Soit ; mais, quand cette sécrétion sera suspendue, quelle espèce de souffrance affectera l'organisme ? et sous quel nom cette souffrance a-t-elle été jusqu'à présent connue ?

La même question peut se faire au sujet de la fonction par laquelle le foie ramène à son état de coagulabilité parfaite la fibrine mollasse du sang porto-splénique. Quand cette faculté coagulante du foie sera diminuée ou complétement empêchée, tout le sang de l'organisme sera remarquable par une fibrine mollasse et mal coagulable. Or, si l'on considère que cet état du sang caractérise les typhus, les fièvres graves, et surtout le scorbut, on peut se demander si, dans ces différentes maladies, la cause de la susdite altération du sang ne dépend pas d'une affection du foie, par suite de laquelle ce viscère laisserait passer le sang porte, sans le rendre parfaitement coagulable (1).

(1) On objectera sans doute ici que, d'après de récentes analyses, le sang des scorbutiques n'est pas aussi pauvre qu'on l'a dit, puisqu'au contraire il contient plus de fibrine qu'à l'état normal. Je ferai remarquer, à ce sujet, que la fibrine peut être en proportion surabondante, et cependant être mollasse et se liqué-

Quant à la sécrétion biliaire, il nous suffira de rappeler que la surabondance ou l'altération de la bile a été considérée comme une cause puissante de maladies, non-seulement à l'époque où régnait le système de Galien sur l'hématose hépatique, mais encore après la ruine de ce système. En effet, tout le monde sait que l'école de Stoll, qui s'est particulièrement illustrée dans l'étude des affections bilieuses, ne regardait pas le foie comme un viscère sanguificateur.

Toutefois l'étude pathologique de la sécrétion biliaire offre un intérêt de plus, au point de vue de l'hématose hépatique ; car si, comme nous l'avons dit, la bile résulte de l'élimination par le foie des matériaux impropres à la sanguification ou en excès, tels que le carbone, il s'ensuit que, lorsque la sécrétion de la bile sera diminuée ou abolie, tous ces matériaux pénétreront, par les veines sus-hépatiques, dans la grande circulation, et pourront, en altérant la composition du sang, devenir une cause de maladies. On objectera, à cette manière de voir, que dans l'ictère, où la sécrétion de la bile est suspendue, il n'y a pas de symptômes qui dénotent un trouble grave de l'organisme. Cela est vrai ; mais cependant il y a toujours dans l'ictère un affaiblissement plus ou moins marqué des principales fonctions, et il est naturel de le rattacher à l'empêchement de la sécrétion biliaire, c'est-à-dire à un défaut d'épuration dans la sanguification hépatique. Ensuite on voudra bien se rappeler que tous les ictères ne sont pas marqués par de simples symptômes de débilité. On sait que quelquefois il se présente des ictères graves, bien qu'essentiels, qui font rapidement périr les malades, sans qu'il soit possible de prévenir un résultat si funeste. Eh bien ! ces cas-là ne sont-ils pas de nature à attirer vivement l'attention sur les dangers qui peuvent accompagner le défaut de la sécrétion biliaire ?

Enfin il n'est pas jusqu'à la chaleur fébrile qui ne doive être un sujet d'études intéressantes, au point de vue de la pathogénie hépatique. Galien mettait, comme l'on sait, l'origine ou le foyer de la chaleur animale dans le foie. Pourtant, malgré la grande répulsion que Portal exprime au sujet de cette opinion, on est obligé, ce me semble, de l'accepter avec quelque considération, depuis les dernières expériences de M. Bernard (1).

fier à l'air, comme cela a été établi par M. Béclard pour la fibrine du sang splénique. En est-il de même du sang des scorbutiques ? Voilà une nouvelle question à débattre.

(1) Cet observateur a constaté que, pendant la digestion, le sang qui sort du

Passons maintenant à la rate, considérée pathologiquement, et voyons s'il nous sera possible de montrer, dans l'étude de certaines altérations de cet organe, des corollaires à l'exposition physiologique qui en a été faite.

Nous parlerons d'abord de certains agents, tels que l'alcoolé de quinine et la solution de strychnine, qui, introduits en petite quantité dans les veines d'un animal, ont la propriété de produire un retrait momentané de la rate, et de diminuer son volume (1). Le premier moyen a été expérimenté par M. Piorry, et le second l'a été par MM. Magendie, Piedagnel et Bernard. Tout le monde doit voir qu'un pareil résultat est obtenu, parce que les agents précités portent leur action sur l'élément vasculo-aréolaire et la membrane propre de la rate, dont la puissance contractile est surexcitée. L'organe splénique, étant ainsi réduit de volume et resserré, fournit une belle occasion d'observer l'élément glandulaire, qui est mis en évidence par le rapprochement des granulations de la rate, dont le parenchyme présente alors, à la coupe ou à la déchirure, l'aspect d'une glande.

Dans certaines maladies, telles que l'infection paludéenne, le scorbut, le typhus, la fièvre typhoïde, la peste, la morve etc., l'organe splénique présente une augmentation de volume, avec congestion sanguine, qu'on appelle habituellement *engorgement* de la rate. Cet engorgement, dont on n'a pas encore précisé le mode de production, tient à ce que le sang, qui est altéré par le miasme de l'infection paludéenne du typhus, de la fièvre typhoïde, etc., frappe d'atonie ou de relâchement les tissus contractiles de la rate, c'est-à-dire l'élément vasculaire et la membrane d'enveloppe. La rate ainsi affectée présente un état tout différent de celui que nous avons vu se produire sous l'influence passagère de la strychnine et de la quinine ; l'élément vasculo-aréolaire, dilaté par atonie, admet une plus grande quantité de sang qu'à l'état normal, et tout l'organe augmente de

foie a une température plus élevée que celui qui y pénètre, et que cette différence est au moins d'un degré.

(1) Il y a une distinction à faire pour éviter une contradiction entre ce qui est dit ici et ce qui a été dit t. XXV, p. 172. Quand la strychnine est donnée à une haute dose, et qu'elle détermine des contractions tétaniques générales, elle amène une dilatation de la rate, par suite de la plénitude extrême du système porte, qui ne peut pas se dégorger par les veines sus-hépatiques dans la veine cave ; quand elle est donnée à une dose faible, elle agit alors seulement sur la rate, qu'elle resserre.

volume (1). Tel est le mécanisme de l'engorgement splénique dans les maladies précitées. Maintenant il faut ajouter que cette dilatation atonique de l'élément vasculo-aréolaire peut s'accompagner de ramollissement ou de friabilité du tissus de la rate, qui alors se déchire avec une grande facilité.

Nous devons nous arrêter un peu sur les engorgements spléniques d'origine paludéenne, parce qu'ils acquièrent souvent à la longue un volume considérable, et qu'alors ils constituent pour ainsi dire une maladie à part.

Et pourquoi d'abord l'engorgement de la rate devient-il plus considérable dans l'infection paludéenne que dans le scorbut, le typhus, la fièvre typhoïde, etc. ? C'est parce que l'individu affecté d'intoxication paludéenne se comporte tout différemment que dans les maladies précédentes. Il passe fort peu de temps au lit ou dans un repos absolu; il peut encore, tant bien que mal, vaquer à ses occupations. Il est forcé dès lors de marcher, de monter des escaliers, ou de gravir des plans ascendants, soit à jeun, soit même après ses repas, et cela peut durer ainsi fort longtemps ; il se trouve par conséquent dans ces circonstances que nous savons être les plus capables de déterminer de la plénitude dans le système porto-splénique. Or, la rate, qui a perdu une partie de sa tonicité rétractile, et qui est déjà dilatée, réagit mal sur ces accumulations incessantes de sang. L'élément vasculo-aréolaire et la membrane d'enveloppe cèdent de plus en plus, et, au bout d'un certain temps, variable suivant les idiosyncrasies, l'engorgement splénique peut acquérir un volume énorme.

Nous avons dit que la rate faisait l'office d'un véritable cœur destiné à pousser le sang porto-splénique à travers le foie, dans les cas où sa marche est ralentie par quelque obstacle (2). Eh

(1) Les granulations spléniques sont alors écartées et raréfiées. Aussi n'est-ce jamais dans ces rates engorgées et volumineuses qu'il faut chercher à les étudier. Si Malpighi a dit que les grains glanduleux de la rate étaient plus faciles à observer sur les animaux que sur l'homme, c'est que chez les animaux, qui habituellement sont sains et qui périssent d'hémorrhagie, la rate est petite, revenue sur elle-même, et partant d'une structure glanduleuse ; tandis que chez l'homme, qui meurt le plus souvent de maladie, et de maladie asthénique, l'élément vasculo-aréolaire est dilaté, plein de sang, et les granulations sont à peine visibles.

(2) Il y a toutefois cette différence entre le cœur et la rate, que l'un reçoit le sang des veines et le pousse dans les artères, tandis que l'autre le reçoit de l'artère splénique et le pousse par la veine splénique dans le système porte. Il est vrai que la veine porte, depuis son tronc jusque dans les ramifications

bien, nous pouvons poursuivre cette comparaison jusque dans la pathologie, en disant que l'engorgement chronique de la rate, dans l'infection paludéenne, tient à la dilatation lente, passive et mécanique de l'élément vasculo-aréolaire : dilatation semblable, pour son mode de production, à la dilatation passive et mécanique des cavités du cœur (1).

D'après ce que nous avons dit du volume variable de l'engorgement paludéen, il me paraît convenable d'établir des degrés dans ce volume. On peut, je crois, reconnaître les deux suivants :

1° Dans un premier degré, la rate, bien qu'engorgée, reste cachée sous les fausses côtes gauches, et elle ne les déborde pas. L'engorgement paludéen, quand il est à ce premier degré, n'est pas plus considérable que celui de la fièvre typhoïde, du typhus, etc., et il tient, comme ce dernier, à un simple relâchement atonique de l'élément vasculo-aréolaire et de la membrane d'enveloppe. Il ne peut être constaté, pendant la vie, que par la seule percussion ; aussi était-il inconnu des anciens médecins. Tout le monde sait que l'observation de ce premier degré, comme symptôme initial et caractéristique de l'infection paludéenne, est due à M. le professeur Piorry.

2° Dans le second degré, l'engorgement paludéen est assez volumineux pour déborder les côtes et pour s'étendre jusque sur la ligne blanche et le pubis. Il tient à ce que l'élément vasculo-aréolaire, déjà frappé de laxité et dilaté, se trouve progressivement distendu par l'accumulation répétée de sang qui s'y fait pendant l'exercice musculaire. Il est appréciable non-seulement à la percussion, mais encore à la palpation, et même à la simple inspection (2). Les anciens médecins ont connu et décrit ce degré extrême de l'engorgement paludéen de la rate ; et, comme

hépatiques, est pour ainsi dire transformée en artère par l'adjonction de la capsule de Glisson. Il y a cette autre différence entre le cœur et la rate, que dans le premier de ces organes il n'y a aucune transformation du sang, tandis que dans le second, le sang artériel est changé en sang veineux d'une nature spéciale.

(1) On peut dire des individus porteurs d'engorgements considérables qu'ils se sont forcé ou *foulé* la rate. Cette dernière expression, qui est populaire et qui s'applique à ceux qui font des exercices violents, exprime donc une idée physiologique qui est parfaitement légitime ; et c'est encore pour empêcher cette *foulure* de la rate, que des coureurs portent une ceinture sur la zone épigastrique.

(2) La tuméfaction du ventre qui en résulte a reçu des noms bizarres, selon les localités où ce mal est endémique. Ainsi, dans la Charente-Inférieure, on appelle *tourteaux* les individus porteurs d'une grosse rate, du mot *tourteau*,

ils ne le voyaient survenir que dans les cas d'infection ancienne, ils le regardaient à tort comme un résultat de la fièvre intermittente ou de l'administration longtemps répétée du quinquina. C'est pour cela qu'on l'a appelé encore *gâteau fébrile.*

Le second degré d'engorgement splénique peut, à son tour, être subdivisé en deux espèces. Dans l'une, le tissu de la rate ne présente pas d'autre altération que la dilatation extrême de l'élément vasculo-aréolaire ; dans l'autre espèce, le tissu engorgé est en même temps induré, sans pour cela être affecté de cancer. C'est une induration spéciale, propre à la rate, qui n'a pas encore été précisée au point de vue de l'histologie pathologique. Dans un cas observé par M. Nivet, le tissu de la rate était plus dense que celui du foie ; sa couleur était à peu près la même que celle du tissu musculaire du cœur ; sa coupe ressemblait à celle de l'organe sécréteur de la bile, mais son tissu n'était pas granulé. M. Piorry admet aussi que dans certains engorgements considérables de la rate, il y a induration du tissu splénique, et qu'alors le sulfate de quinine échoue constamment.

Il est souvent difficile de distinguer, pendant la vie, si l'engorgement splénique est avec ou sans induration. Je dois ajouter que l'engorgement de la rate, qu'il soit au premier ou au deuxième degré, induré ou non induré, s'accompagne toujours d'une hydrémie plus ou moins considérable, dont les symptômes viennent se confondre avec ceux de la tumeur splénique, pour constituer ce qu'on doit appeler la *cachexie paludéenne.*

Je crois devoir donner maintenant l'observation d'un homme qui est entré dernièrement dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, affecté d'un engorgement splénique du deuxième degré. Ce malade m'a accusé des symptômes qui ne sont pas consignés dans la pathologie actuelle, et qui sont parfaitement concevables, au point de vue des notions physiologiques exposées dans ce mémoire.

Obs. — Un homme âgé de 33 ans, d'une constitution forte, est allé dans la province de Constantine, comme colon, en décembre 1848. Au bout de huit mois de séjour, c'est-à-dire en août 1849, il fut pour la première fois affecté de fièvre intermit-

qui, dans ce département, signifie un pain particulier, rond et élevé. A *Cassaw*, en Hongrie, on donne le nom de *petit pourceau* à l'engorgement splénique, à cause de la ressemblance grossière que le ventre tuméfié a avec un cochon de lait. Il y a même une dissertation estimée, sous ce titre singulier : *de Porcello Cassoviensi. Adelphi*; Lipsiæ, 1746. Habituellement les malades affectés de tumeurs spléniques s'appellent des *rateleux*,

tente. Depuis ce temps, il ne s'est jamais bien porté ; car, bien que la fièvre ait cédé, au bout de quelques jours, à l'administration du sulfate de quinine, le malade est toujours resté pâle, décoloré et affaibli, et la fièvre intermittente a reparu souvent à des époques indéterminées. En février 1850, six mois par conséquent après le début des premiers symptômes d'infection paludéenne, notre malade aperçut que, chaque fois qu'il marchait un peu vite, qu'il montait un escalier, etc., il ressentait un point de côté sous les fausses côtes gauches. Depuis cette époque, cette douleur n'a fait qu'augmenter.

Voici l'état dans lequel était le malade à son entrée à l'hôpital, le 30 janvier 1851.

Depuis une douzaine de jours, il est affecté d'accès de fièvre intermittente qui n'ont pas un type bien régulier ; son teint est très-pâle, avec bruits anormaux des artères carotides et sentiment de lassitude générale ; son appétit a diminué. On constate à la percussion une augmentation notable dans le volume de la rate, qui déborde les côtes de trois ou quatre travers de doigt. Il est facile d'apprécier à la palpation le relief qu'elle forme en ce point ; de plus, cette palpation est peu douloureuse et ne donne pas à la main une grande sensation de dureté. Il en est de même du foie, qui est aussi augmenté de volume, bien qu'à un moindre degré de la rate, et qui dépasse aussi de quelques centimètres le rebord des fausses côtes droites. Mais voici des détails plus intéressants :

Quand le malade veut marcher un peu vite ou monter un escalier, etc., il éprouve tout à coup, dans la région splénique, une douleur qui le force à s'arrêter ou à modérer le pas. Il allége beaucoup cette douleur en exerçant avec la main une pression sur l'hypochondre gauche. Quand il a mangé, c'est bien pis encore ; il peut à peine marcher, même à pas lents, et il est obligé de rester à peu près immobile pendant la plus grande partie de la digestion, surtout si les aliments ont été pris en quantité notable. Aussi le malade m'a-t-il de lui-même demandé et lui ai-je accordé de manger souvent et fort peu à la fois. Il se trouve mieux de ce régime. Je lui ai aussi commandé une ceinture large de 10 à 12 centimètres, qu'il portera habituellement quand il voudra marcher. Elle est destinée à remplacer avec avantage l'office que sa main lui rend dans la compression modérée de la région splénique et la diminution de la douleur (1).

(1) Ce malade est parti de l'hôpital avant de pouvoir se servir de sa ceinture. Mais, quelque temps après sa sortie, il est entré dans mon service un autre homme qui était affecté d'un engorgement splénique au second degré, con-

Tout le monde doit voir que les principaux détails de cette observation sont, pour ainsi dire, et en ce qui les concerne, la confirmation clinique de ce qui a été dit plus haut sur les fonctions mécaniques de la rate.

Nous voyons d'abord la rate engorgée devenir le siége d'une brusque douleur, quand l'individu se livre à un exercice notable. Cela tient à un excès d'engorgement de l'organe splénique, par suite de l'état de plénitude sanguine que nous savons exister dans le système porte pendant la locomotion et les contractions musculaires.

Nous savons aussi que cette plénitude est portée à son comble, quand il y a en même temps locomotion et introduction des aliments dans la veine porte. C'est ce qui nous explique pourquoi notre malade est obligé, à cause de la distension douloureuse de sa rate, de rester à peu près immobile pendant tout le temps de sa digestion, à moins toutefois qu'il n'y ait eu qu'une très-petite quantité d'aliments ingérés. La clinique ne pouvait pas mieux confirmer les expériences de M. Dobson sur les chiens dératés, qui ne présentaient des symptômes de plénitude considérable qu'après des repas très-abondants.

On n'a pas signalé, dans les auteurs modernes, cette fâcheuse influence de la locomotion violente chez les *rateleux*, surtout après les repas ; mais elle est parfaitement indiquée dans les monographies anciennes. C'est ainsi que Flammerding, parmi les précautions hygiéniques qu'il recommande aux individus affectés de tumeurs de la rate, insiste avec raison sur la suivante : « *exerceat se et ambulet, moderate tamen*, ante cibos. » Drelincourt fils, s'appuyant sur de graves autorités, fait la même recommandation aux mêmes malades; mais il la fait en termes très-énergiques, puis représente l'exercice immodéré après le repas comme pire qu'*un serpent ou un chien enragé* : « *Sed ambulationem vehementem*, cane pejus et angue, *lienosus declinet* statim a pastu, *uti prudenter atque périte monent Haly Abbas, Alex. Benedictus, atque Lucas Tozzus.* » Enfin la même chose est encore signalée dans la dissertation dont j'ai déjà donné plus haut le titre bizarre : *de Porcello cassoviensi.* Adelphi, l'auteur de ce travail, dit que la rate tuméfiée est le siége d'une douleur qui aug-

tracté en Afrique il y a deux ans. Ce jeune homme éprouvait aussi un point douloureux dans la région splénique quand il marchait, surtout après ses repas. Je lui ai fait appliquer un bandage de corps sur l'épigastre et les hypochondres; et depuis ce temps, il peut marcher, même après avoir mangé, sans éprouver de la douleur sur la tumeur splénique.

mente quand on se livre à un exercice musculaire, aussitôt après avoir mangé : *Is dolor augetur, maxime protinus a cibo exercentibus corpus, altiorem ascendentibus locum, currentibus.* Et tout naturellement il recommande le repos après les repas.

Il faut maintenant revenir sur cette sage et rationnelle recommandation, non-seulement pour les cas où la rate est très-développée, mais surtout pour ceux où, l'intoxication paludéenne étant récente, la rate n'est encore qu'à son premier degré de dilatation atonique. L'observation de ce précepte s'opposera efficacement à l'augmentation progressive de cette dilatation, et préviendra un engorgement splénique du second degré.

Mais il faudra, de plus, dans le même but prophylactique, que l'individu affecté d'infection paludéenne ne mange que très-peu à la fois, et qu'il ait toujours une ceinture qui, maintenant la rate, l'empêche de se gonfler dans les moments de plénitude du système porte.

Quand on considère que, dans les localités où l'infection paludéenne est endémique, il y a une masse de rateleur qui ne peuvent pas courir même légèrement, surtout après les repas, sans éprouver une vive douleur dans la région splénique et sans être forcés de s'arrêter, il paraît d'abord assez naturel que le vulgaire ait dû conclure de ce fait que la rate gênait la course, et que les individus privés de cet organe devaient par conséquent courir avec beaucoup de facilité. Cependant cette conséquence est fausse et même ridicule; car c'est absolument comme si, de ce que la course et les grands mouvements sont également gênés et empêchés par les palpitations ou l'essoufflement, on en concluait que le cœur ou les poumons s'opposent au libre exercice de la course et des exercices musculaires, et que l'on courrait beaucoup mieux si l'on n'avait ni poumons ni cœur.

Comme nous l'avons dit, la rate, loin de gêner la course, la favorise, parce qu'en se contractant sur le sang qui la dilate, elle contribue à accélérer le mouvement du sang, qui, étant alors accumulé dans la veine porte, serait longtemps à franchir les capillaires du foie, s'il était privé de l'impulsion splénique. La rate sert donc la course. Elle la sert comme le poumon et le cœur; mais aussi elle souffre dans les courses excessives à l'état sain, et dans les courses légères à l'état pathologique, absolument comme souffrent le poumon et le cœur dans des circonstances analogues.

D'après les considérations pathologiques dans lesquelles nous venons d'entrer, on voit que l'état des rateleux est assez semblable à celui des animaux privés de rate, puisque chez les uns et chez les autres il y a immobilité forcée après les repas copieux.

Cela se conçoit; car, dans l'engorgement splénique, la rate a perdu une grande partie de sa force de contraction, et elle est alors impuissante à pousser à travers le foie le trop plein de sang et d'aliments qui distend le système porte après les repas abondants. Et alors il y a, dans le même système, une plénitude qui est aussi longue à se dissiper que chez les chiens dératés.

Si maintenant nous supposons que l'engorgement splénique est compliqué d'induration, chose du reste très-commune, il y a une ressemblance plus grande encore entre le rateleux et l'animal privé de rate. En effet, les grains glanduleux ont alors disparu, et sont comme fondus dans le tissu induré. La rate dès lors, ne remplissant plus sa fonction de glande, ne peut plus fournir un sang veineux spécial à l'assimilation de la veine porte. Par conséquent, dans le cas de rate indurée, il y a tout à la fois insuffisance d'action mécanique, et défaut d'action assimilante. Mais ce n'est pas encore tout, car à ce double empêchement des fonctions spléniques, qui accompagne l'induration de la rate, il faut ajouter la gêne extrême que la présence d'une vaste tumeur apporte dans l'exercice de toutes les fonctions abdominales; et en définitive nous serons forcé de conclure que l'organisme doit moins souffrir encore de l'absence de la rate, que de l'engorgement de cet organe quand il s'accompagne d'induration.

Nous devons, pour terminer, rappeler une opinion généralement adoptée : c'est qu'il y a une espèce de solidarité pathologique entre le foie et la rate, et que quand l'un de ces organes est altéré, il en résulte, presque à coup sûr, une altération de l'autre.

Galien a signalé le premier cette coïncidence morbide : *hepate læso, leditur lien.* La plupart des auteurs ont confirmé cette sentence, jusqu'à Portal, qui, bien que l'adversaire de Galien, écrivait en 1813 la proposition suivante : « Il semble, du reste, que ces organes, le foie et la rate, aient de tels rapports entre eux, que l'un se ressent des affections de l'autre, mais diversement. » Si l'on parcourt les observations consignées dans les ouvrages de M. Bailly et de M. Maillot sur les fièvres intermittentes, on verra presque toujours l'augmentation de volume de la rate coïncider avec une augmentation dans le volume du foie.

Ces coïncidences morbides peuvent s'interpréter par une influence pathogénique réciproque du foie à la rate et de la rate au foie. Ainsi, dans le premier cas, on conçoit que le foie étant altéré et ses fonctions étant plus ou moins entravées, il en résulte une stase sanguine dans la veine porte et dans la rate, qui,

à la longue, s'affecte suivant la diathèse et l'idiosyncrasie de l'individu. Dans le second cas, on conçoit également que, la rate étant primitivement altérée soit dans son tissu, soit dans ses fonctions, le sang splénique ne possède plus de faculté assimilante, et que les aliments, n'étant plus suffisamment modifiés, aillent affecter le foie, qui, suivant les différentes circonstances de climat, de diathèse, et d'idiosyncrasie, pourra présenter des altérations d'espèces différentes. Rappelons, à l'appui de cette seconde alternative, le fait important de Fantoni, concernant la femme qui avait subi l'extirpation de la rate. Il est dit qu'à l'autopsie, on constata, avec l'absence de la rate, un volume considérable du foie. Ne peut-on pas admettre qu'ici le foie, privé du travail important de la rate dans l'assimilation anté-hépatique, a été à la longue irrité et hypertrophié par le passage des aliments mal assimilés?

Toutes ces questions demandent, comme on le voit, à être étudiées et précisées. Mais encore était-il nécessaire de les signaler à l'attention des observateurs, en leur montrant que puisque nous sommes revenus à la physiologie de Galien, il faut absolument que nous mettions la pathologie en harmonie avec cette physiologie ressuscitée et modifiée. C'est là qu'est le progrès. *Sic medici in eo viscere quod vitæ et nutricatus fundamentum est, diligenter occupari debent* (Riolan).

## IV. Pathologie, Thérapeutique et Clinique médicale.

### PATHOLOGIE INTERNE.

2. *Nouvelles preuves de l'existence de la névralgie hépatique;* par M. le docteur Fauconneau-Dufresne.

(L'Union médicale, Nos 52 et 53; 5 et 6 avril 1851.)

Nous avons reproduit un intéressant mémoire de M. le docteur Eugène Guibout, sur l'hépatalgie. Ce jeune médecin, après avoir montré quelle confusion règne dans les auteurs anciens au sujet de cette affection, et le peu d'observations exactes qui en sont fournies par les auteurs modernes, maintenant qu'elle ne s'applique qu'aux douleurs purement nerveuses, en cite lui-même un exemple remarquable, et, dans une discussion diagnostique fort lumineuse, fait voir en quoi cet exemple diffère de la gastralgie, de la névralgie intercostale et de la colique hépatique. Permettez-moi de revenir sur ce même objet, et de

chercher à prouver, par des analogies et des faits, que cette névralgie doit, indubitablement, entrer aujourd'hui dans les cadres nosologiques.

Je demanderai d'abord pourquoi la névralgie pure et simple du foie ne serait pas admise aussi bien que la gastralgie, par exemple, dont l'existence à présent est incontestée. Est-ce que, comme l'estomac, le foie ne reçoit pas les nerfs de la vie animale? D'une part, en effet, le *nerf pneumo-gastrique gauche*, après s'être divisé entre les feuillets de l'épiploon gastro-hépatique, envoie le plus grand nombre des filets qu'il fournit dans le plexus hépatique, autour de la veine porte, et on les voit pénétrer dans le foie avec ce vaisseau; d'une autre part, les *nerfs diaphragmatiques droit et gauche*, en se répandant à la surface inférieure du diaphragme, donnent quelques filets qui pénètrent par la surface supérieure du foie jusque dans son parenchyme. Les nerfs de la vie organique ne fournissent-ils pas également de nombreux filets à ce viscère? Ne voit-on pas le *plexus hépatique antérieur*, satellite de l'artère hépatique, fournir des filets qui suivent l'artère cystique, et qui, s'anastomosant sur le col de la vésicule, vont se perdre sur les parois de ce réservoir? Ne voit-on pas aussi le *plexus hépatique postérieur*, satellite à son tour de la veine porte, pénétrer dans le foie avec elle, et se perdre autour des lobules qui le composent?

La pratique médicale nous montre tous les jours des souffrances du foie qui se développent sous l'influence nerveuse. Lorsqu'un ictère se manifeste presque subitement à la suite d'une vive impression morale, les nerfs de cet organe n'ont-ils pas déterminé dans les conduits biliaires ce spasme qui, arrêtant le cours de la bile, la fait refluer dans le torrent circulatoire? Ou bien, lorsque l'action de ces nerfs est momentanément anéantie, l'organe sécréteur ne cesse-t-il pas de s'approprier les matériaux de cette humeur, qui, restant alors dans le sang, font apparaître la coloration qui caractérise la jaunisse? La frayeur, qui produit quelquefois une si abondante sécrétion bilieuse, ne met-t-elle pas encore en jeu, dans cette circonstance, ce même appareil nerveux hépatique? Portal a mentionné les souffrances nerveuses du foie dans un grand nombre de maladies aiguës, souffrances qui fréquemment, se manifestent à leur début par des vomissements bilieux plus ou moins abondants et par une douleur à l'hypochondre droit comme à l'épigastre.

L'extension que prennent les douleurs dans certaines maladies du foie vient démontrer jusqu'à quel point les nerfs de cet organe sont susceptibles de transmettre au loin le principe névral-

gique. Qui ne sait la fréquence et la variété des troubles qu'éprouve l'innervation dans ces maladies? La douleur à l'épaule droite est très-commune dans les affections aiguës et chroniques du foie; elle se fait quelquefois sentir à la base du cou, près de la clavicule droite. On a vu des malades qui souffraient dans la tête, dans les bras, assez parfois pour détourner l'attention de l'affection hépatique. La douleur à l'épaule droite et à la base du cou s'explique par la lésion du nerf diaphragmatique droit; celle plus rare à l'épaule gauche est transmise par le nerf diaphragmatique gauche. Les douleurs plus éloignées tiennent sans doute à ce que les nerfs du foie ont des correspondances avec les nerfs des parties où elles se font sentir. Des malades atteints d'affections hépatiques ont présenté des contractions convulsives du diaphragme ou des symptômes analogues à ceux de l'asthme. Bianchi rapporte qu'une femme, d'un tempérament bilieux, qui était sujette à des douleurs spasmodiques à la région du foie, éprouvait une exaspération excessive de ces douleurs par une pression légère de la main sur ce viscère, et en même temps des douleurs de tête sympathiques très-vives, avec un trouble dans les idées, phénomènes qui disparaissaient à l'instant même où la pression n'avait plus lieu. On trouve aussi, dans une *dissertation sur la bile* de Greulichius, qu'un homme, âgé de 25 ans, ressentait, en appuyant le doigt sur la région du foie, une douleur vive et subite, et éprouvait sur-le-champ une attaque d'une maladie convulsive semblable à l'épilepsie. L'opinion des anciens, qui rapportaient au foie plusieurs formes d'aliénation mentale, n'est sans doute pas dépourvue de fondement, car il est certain qu'on a vu cette maladie alterner avec des affections hépatiques. Ne paraît-il pas prouvé qu'il arrive dans ces circonstances, comme dans les autres névralgies, que, lorsque quelques nerfs du foie sont altérés, la douleur peut se répandre dans les nerfs correspondants, et même jusqu'aux centres nerveux?

Mais il peut arriver aussi que des douleurs violentes se développent dans le foie, sans que son parenchyme soit le siége d'aucune altération. L'observation que M. Eugène Guibout a rapportée avec détail en est un exemple remarquable. L'étude que je fais, depuis longues années, des maladies hépatiques, a amené quelquefois à ma consultation des personnes, des femmes surtout, qui avaient éprouvé, à diverses époques, des douleurs plus ou moins persistantes et plus ou moins aiguës dans l'hypochondre droit, sans que le foie ait été ni gonflé ni douloureux au toucher, et sans qu'il se soit manifesté de fièvre. Chez une

jeune chlorotique même où ces douleurs étaient intermittentes et se faisaient sentir dans l'épaule et dans le cou, j'usai avec le plus grand succès du sulfate de quinine, avant de faire prendre les pilules ferrugineuses de Vallet. Je puis citer encore le fait d'un de nos confrères les plus distingués, qui, pris de douleurs très-vives dans les régions hypochondriaque et épigastrique avec accompagnement d'ictère, a vu ces douleurs cesser subitement pour se reposer sur les nerfs intercostaux dont elles dessinaient en quelque sorte le trajet. Dans une autre attaque, les premières douleurs disparurent pour se reporter dans les reins, où elles occasionnèrent la rétraction des testicules. M. le professeur Andral, de l'autorité de qui on peut si justement s'appuyer, cite, dans sa *Clinique médicale*, l'exemple de quelques individus dont l'ictère cessait avec les douleurs, sans qu'on pût trouver des calculs dans leurs selles ; l'un deux, mort peu de temps après, n'en avait point dans les voies biliaires, et n'offrait non plus aucune autre lésion hépatique.

L'hépatalgie survient principalement chez des personnes qui ont déjà éprouvé des névralgies diverses. Je puis en citer deux exemples qui m'ont été communiqués par M. le docteur Cerise, dont les *Lettres sur les névroses*, insérées dans l *Union médicale*, montrent avec quelle distinction il s'occupe des maladies nerveuses. Le premier concerne un homme de 35 ans, atteint successivement d'encéphalalgie, de palpitations, de gastralgie, d'entéralgie, de cystalgie, et enfin d'hépatalgie. Cette dernière affection se caractérisait par des douleurs vives, quelquefois lancinantes, d'autres fois diffuses, sous les fausses côtes droites, avec sensibilité à la pression, augmentant après les digestions et pendant la nuit ; elles duraient de cinq à six jours et se produisaient de temps à autre. Toutes les affections précédentes avaient été traitées par la méthode antiphlogistique et de la manière la plus extravagante, si bien qu'un état chlorotique en avait été la conséquence. Quant à l'hépatalgie, elle résista d'abord aux purgatifs, aux frictions calmantes et aux sangsues à l'anus, mais elle céda parfaitement à la morphine, employée par la méthode endermique sur le point correspondant au bord du petit lobe, siége le plus ordinaire de l'hépatalgie. Dans le second exemple, il s'agissait d'une demoiselle de 45 ans, atteinte aussi de névralgies diverses et de viscéralgies nombreuses (battements violents de l'artère cœliaque, boulimie, pica, besoin d'avaler du charbon, des croûtes de pain, névralgie occipito-frontale, etc.), qui fut prise enfin d'une hépatalgie très-violente, avec des douleurs dans le dos et vers la petite courbure de l'es-

tomac, augmentant par la pression, et avec gêne de la respiration dans les exacerbations. Le soulagement fut encore obtenu au moyen de la morphine par la méthode endermique. — Je rapporterai encore un fait analogue que je dois à l'obligeance de mon savant confrère et ami, M. le docteur Foissac. En 1833, il donnait des soins à M^me^ la comtesse d'I..., âgée de 24 ans, ayant toutes les apparences d'une santé admirable ; mais, chaque mois, le jour avant ou après la période menstruelle, elle éprouvait, dans la région du foie correspondant à la vésicule, une douleur sourde, puis aiguë et profonde, augmentant jusqu'à un degré intolérable, ôtant la parole et le mouvement. La sensation la plus générale était celle d'une pression horrible, comme par un étau. Après une durée plus ou moins longue, le paroxysme diminuait progressivement, et cet état etait dissipé après vingt-quatre heures environ. Immédiatement après, il survenait un léger ictère, qui durait trois, quatre ou cinq jours. Au plus fort de la crise, la malade se couchait à terre sur un tapis, et appliquait contre le point douloureux une bûche ou l'angle d'un meuble. Cette compression était le seul moyen de soulagement. Tous les antispasmodiques avaient échoué contre cette affection, généralement regardée comme hystérique, et que M. Foissac considéra, avec raison, comme une hépatalgie. Cependant, un traitement par la ciguë, les sucs d'herbes, les eaux de Vichy, longtemps continué, diminua considérablement l'intensité des crises, et procura même la guérison.

Il peut arriver que sous l'influence d'une affection névralgique du foie, ce viscère s'engorge considérablement et que son dégonflement ne puisse s'opérer qu'après la cessation de l'état spasmodique. C'est encore d'après M. le docteur Foissac, que je vais en citer une remarquable observation :

M. le général F. de D..., d'une haute taille et d'une constitution robuste, entré au service en 1793, a éprouvé à plusieurs reprises, pendant les campagnes de la république et de l'empire, des attaques violentes de rhumatisme et de goutte. Le 25 décembre 1835, il fut pris, pendant la nuit, d'une crampe à l'épigastre avec suffocation. Cette crise se renouvela le 12 janvier suivant, accompagnée d'une dyspnée telle, que le médecin, arrivé vingt minutes après l'invasion, le crut expirant. Dans l'hiver de 1845, il se déclara encore, au milieu de la nuit, une douleur aiguë dans l'hypochondre droit, caractérisée par la pression, le rongement, le déchirement ; elle ne dura que quelques heures et fut dissipée au bout de vingt-quatre heures. Depuis, les mêmes crises se reproduisirent avec plus ou moins de violence,

et toujours pendant la nuit et dans la saison de l'hiver. Elles sont subites ; en une demi-heure elles ont acquis toute leur intensité ; pendant leur durée, le malade est haletant, glacé ; il lui semble que des chiens le dévorent ; tout l'hypochondre droit est douloureux à la pression, et il survient constamment un gonflement considérable du foie. La plupart des accès se terminent par le vomissement d'une cuillerée de bile. Depuis cette époque, les médecins ont trouvé cet organe généralement plus volumineux que dans l'état normal ; les uns ont cru à des calculs biliaires, d'autres à la goutte. Après divers essais, le traitement dont le succès a été le mieux constaté a consisté dans une préparation de morphine et de cyanure de potassium.

Le 15 décembre 1846, M. Foissac fut appelé chez M. le général de D... Cinq jours auparavant, il avait été atteint de la crise névralgique accoutumée. Contre l'ordinaire, elle avait résisté au traitement habituel, et l'accès avait acquis le plus haut degré d'intensité. La région du foie était énormément distendue, très-douloureuse à la pression. La tumeur se faisait sentir en avant, au-delà de la ligne médiane, en bas jusque dans la fosse iliaque ; elle se prolongeait en arrière et soulevait les côtes ; la poitrine donnait un son mat jusqu'à la cinquième côte. Le pouls était plein, peu fréquent. Un tel gonflement du foie fit penser à M. Foissac qu'il y avait une hépatite aiguë, et, sourd aux représentations du malade, il fit appliquer six sangsues à l'anus, comme saignée dérivatrice et exploratrice. Les douleurs furent exaspérées, et le gonflement hépatique ne diminua pas. Mais ayant fait prendre immédiatement une potion avec 5 centigrammes de codéine et 2 centigrammes d'extrait de suc de belladonne, et prescrit en même temps des frictions avec l'huile de morphine, ainsi que des lavements avec une décoction de pavot, tous les symptômes s'amendèrent rapidement. De jour en jour, ou plutôt d'heure en heure, on vit disparaître la violence et l'intensité des crises ; la tuméfaction et le volume du foie diminuèrent dans la même progression ; il ne restait plus trace de ce gonflement dans les premiers jours de janvier. Le 12, il se déclara des crampes à l'estomac qui furent aussitôt dissipées par le bismuth et la jusquiame. Le 18, après un grand malaise à l'épigastre et dans l'hypochondre gauche, il survint une tuméfaction rapide et considérable de la rate ; la région splénique était gonflée et douloureuse à un degré moindre cependant que ne l'avait été la région du foie. La potion de codéine dissipa en cinq à six jours cette douleur et ce gonflement, et la santé se rétablit complétement. Si, sous l'influence d'un état névralgique des nerfs du foie, une

congestion peut survenir dans cette glande éminemment vasculaire, il peut arriver aussi qu'une congestion sanguine, qu'une autre cause y détermine, produise, à son tour, dans le système nerveux hépatique, quelque chose qui ressemble aux douleurs névralgiques. C'est ainsi qu'il faut, ce me semble, comprendre une observation qu'on trouve dans les *Ephémérides germaniques* et qui a pour sujet une femme qui, à la suite d'une diminution du flux menstruel, éprouva, à la région du foie, un gonflement très-dur, accompagné de pulsations violentes. Ces pulsations ne se faisaient sentir d'abord qu'aux époques des règles, mais elles finirent par se continuer par accès qui ne duraient pas au-delà d'un demi-quart d'heure. La malade se trouvait ensuite très-faible. Des saignées et des antispasmodiques variés dissipèrent peu à peu cet état.

Enfin il existe certaines affections hépatiques qui ne produisent aucune lésion physique, durable du moins, et qui, cependant, peuvent être l'occasion de douleurs nerveuses très-pénibles, avec extension sur presque toutes les parties du corps. Je ne puis m'empêcher d'en rapporter un cas des plus singuliers et des plus remarquables, dont m'a fait part M. le professeur Trousseau, et qui a malheureusement encore pour sujet un honorable confrère. Bien que je l'aie déjà inséré sous un autre point de vue dans mon ouvrage sur *la bile et ses maladies*, il trouve trop bien sa place ici pour que je n'en donne pas au moins un extrait :

Dès 1832, M. Th..., médecin à G..., éprouva dans les hypochondres de la pesanteur et du tiraillement, et, dans le même temps, des douleurs dans le poignet droit. Cela dura jusqu'en 1836. De 1836 à 1840, les mêmes phénomènes apparaissaient pendant trois mois chaque année, quelle que fût la saison, et cessaient brusquement : ils étaient alors intermittents sans être réguliers, et les douleurs affectaient particulièrement l'épigastre, les deux hypocondres, en s'irradiant dans le thorax et jusqu'à l'hypogastre. Ces douleurs consistaient quelquefois en déchirements insupportables, en élancements aigus, passant d'un côté à l'autre avec une rapidité électrique, et survenaient aussi bien le jour que la nuit, pendant le repos comme pendant une course à cheval. En 1841 et 1842, de nouvelles régions furent envahies, les clavicules, l'articulation scapulo-humérale, les doigts, le crâne et les temples, le pénis lui-même; mais, dans cette dernière année, les douleurs devinrent continues, sans cesser d'être vives ; elles étaient erratiques, se portaient tantôt sur un point, tantôt sur un autre, de manière à visiter presque

toutes les parties du corps. L'usage de la flanelle, les frictions sèches, narcotiques, antispasmodiques, le massage, les bains de gélatine, etc., furent sans résultat avantageux. Il en fut de même des médicaments, pris à l'intérieur : acétate de morphine, éther, cyanure de potassium, assa fœtida, sous-nitrate de bismuth, etc. M. Trousseau, à qui cette observation fut envoyée dans les plus grands détails, à la date du 17 avril 1843, soupçonna qu'il pouvait se former dans la bile de ces dépôts qui finissent par constituer les calculs. En conséquence, il conseilla à M. Th... de faire des recherches dans ses garderobes. Ces recherches amenèrent, en effet, la découverte de concrétions qui furent envoyées à ce savant professeur, qui voulut bien les examiner avec moi. Comme elles brûlaient avec flamme à la lumière d'une bougie, elles devaient être composées de cholestérine. Les boissons alcalines, le régime végétal, l'exercice à pied furent conseillés, ainsi que les pilules suivantes : chlorydrate de morphine et extrait gommeux d'opium, de chaque un centigramme. Ce traitement n'a pas paru amener, pour le moment, une atténuation dans les souffrances de notre malheureux confrère, car il écrivait, le 31 octobre 1844, que ses douleurs, ayant abandonné les membres, siégeaient constamment à la région épigastrique et dans l'hypochondre droit, que son courage était à bout pour les supporter, qu'il ressentait des spasmes, des éructations, que sa bouche était amère, et qu'il rencontrait toujours dans les selles les mêmes concrétions.

Il est facile de reconnaître, d'après l'exposé de cette observation, qu'il ne s'agit point ici de ces coliques hépatiques qui sont le résultat d'efforts d'expulsion, déterminés par un calcul engagé dans les canaux cystique ou cholédoque, mais d'une simple irritation nerveuse de la membrane muqueuse des voies biliaires, avec retentissement sympathique sur les parties sensibles des autres organes, irritation nerveuse due seulement à la formation et au passage de petites concrétions biliaires dans les conduits intra-hépatiques.

Mon but n'a pas été, en rédigeant cette note, de tracer une histoire de l'hépatalgie. J'ai voulu seulement, par des raisonnements, par des exemples empruntés aux auteurs, aux médecins contemporains et à ma propre pratique, constater la réalité de son existence. Pourrait-on ne pas reconnaître que, dans l'énumération que je viens de faire, il s'agisse d'autre chose que d'affections névralgiques ? N'en offrent-elles pas tous les caractères ? Une douleur vive, inconstante, revenant par accès, quelquefois périodique, ayant pour siége la région épigastrique et celle de

l'hypochondre droit, s'étendant parfois à l'hypochondre gauche, s'irradiant souvent à l'épaule et à la clavicule du côté correspondant, et, dans quelques cas, rares, il est vrai, à la plupart des organes thoraciques ou abdominaux, et même à toutes les parties du corps, quittant facilement la région du foie pour s'emparer d'une autre région, y revenant avec la même facilité, offrant pour caractère principal un sentiment de constriction, des élancements, parfois des battements, s'exaspérant dans quelques circonstances à un point extraordinaire, ne s'accompagnant d'aucun appareil fébrile, se calmant en général par la pression plutôt que d'en être augmentée comme dans toutes les autres affections du foie, mais cependant dans quelques cas rares, se renouvelant avec intensité par le moindre attouchement, s'accompagnant assez fréquemment d'ictère, enfin, de même que toutes les autres affections de ce genre, offrant l'existence antérieure d'autres névralgies, ou une disposition particulière aux affections nerveuses.

---

## THÉRAPEUTIQUE.

3. *Deux faits d'hydropisie ascite traités par les injections iodées*; par M. Costes, professeur de pathologie externe, médecin de l'hôpital St-André.

(Journal de médecine de Bordeaux, mars 1851.)

La voie de l'analogie conduit surtout dans la thérapeutique médicale; et dès l'instant que les injections iodées furent employées avec tant de succès contre l'hydropisie de la tunique vaginale du testicule, il semblait qu'on dût arriver inévitablement à tenter ce moyen, et contre les hydarthroses, et enfin contre les hydropisies de toutes les séreuses.

Néanmoins, ce ne fut pas sans étonnement qu'on apprit la première tentative, faite dans ce but par un praticien distingué de Toulouse, M. Dieulafoy, et surtout qu'on eut à constater un succès.

On cria à la témérité au sein de l'Académie de médecine de Paris, et on alla presque jusqu'à élever des doutes sur la sincérité de l'observateur.

C'est qu'en effet, avec l'idée qu'on pouvait se former de l'inflammation du péritoine, avec cette autre idée, que l'irritation excitée par la présence d'un corps étranger dans une séreuse, fait naître des adhérences entre ses feuillets; que c'est même

à cette circonstance que l'on croyait devoir attribuer la guérison radicale de l'hydrocèle, on devait être effrayé de la tentative d'amener un pareil résultat dans l'ascite.

Cependant, ceux qui crurent au succès de M. Dieulafoy, voulurent l'imiter, et les succès qu'ils obtinrent à leur tour peuvent leur donner des imitateurs.

L'hydropisie, isolée de toute affection organique, réduite à ce qu'on peut appeler *ascite essentielle*, offre, en effet, des chances favorables à la guérison, à s'en rapporter aux faits déjà publiés, et que nous croyons devoir rappeler.

Ils sont dus, quelques-uns, à M. le docteur Leriche, médecin de Lyon, et insérés dans *L'Union médicale* du 12 février 1850 ; un autre à M. Boinet, qui l'a fait connaître dans la *Gazette médicale de Paris*, 5 janvier 1850 ; les deux autres, à MM. les docteurs Griffon et Rul-Ogez.

Nous en rapporterons deux succinctement :

1°. — « Le sujet est une jeune fille de dix-sept ans, de faible constitution, réglée assez régulièrement depuis l'âge de quatorze ans, et affectée depuis quatorze mois d'hydropisie ascite. Cette jeune malade vit augmenter le volume de son ventre à la suite d'une affection légère des voies respiratoires, qui ne donna lieu à aucun phénomène général. Plusieurs médecins employèrent alors, mais en vain, les diurétiques et les purgatifs drastiques. Le 8 mars 1847, M. Leriche entreprend le traitement ; il trouve l'état de la malade assez satisfaisant ; toutefois, le ventre présente au-dessus de l'ombilic un son mat et une circonférence de 1 mètre 7 centimètres, avec légère infiltration des membres inférieurs. Le 11 mars, assisté de M. Conche, il pratique la ponction au lieu habituel, et il obtient 11 litres d'un liquide jaunâtre ; puis il injecte un soluté composé de teinture d'iode, 32 grammes ; iodure de potassium, 4 grammes ; eau, 250 grammes ; 120 grammes seulement de ce soluté peuvent s'écouler de l'abdomen après différentes pressions. La nuit suivante, quelque douleur du côté de l'abdomen ; un peu de météorisme et des borborygmes ; urines abondantes, diminution du ventre ; gaz intestinaux vers le troisième jour ; enfin, les jours suivants, jusqu'au 21 mars, sont marqués par de la faiblese, un peu d'insomnie, une évacuation d'urines plus abondantes et plus claires. A partir de ce moment, jusqu'au 30, époque de la guérison complète, on voit progressivement augmenter les forces, l'appétit, et diminuer d'autant le volume du ventre.» (*Journ. méd. de Lyon*, 1847.)

2°. — « Il s'agit d'un garçon âgé de treize ans, et nommé Louis Busson. Cet enfant avait une ascite qui datait de plusieurs

années et était survenue à la suite de fièvres intermittentes qui avaient amené un engorgement du foie et de la rate. Tous les moyens avaient été mis en usage pour amener la guérison de cette ascite : les ferrugineux, les toniques, le quinquina, le sulfate de quinine, les diurétiques, les purgatifs, etc. Tout avait été inutile, l'affection se montrait toujours aussi rebelle et minait cet enfant, qui ne pouvait plus quitter la chambre. Tous les quinze jours, il fallait lui faire la ponction, et déjà il avait subi dix-huit fois cette opération ; à chaque fois, il s'écoulait 10 à 12 litres de liquide.

Le 27 avril 1848, on pratiqua une injection iodée composée de : eau distillée, 120 grammes ; teinture d'iode, 30 grammes. Il n'y eut aucun accident, et l'hydropisie ne reparut pas.

Le 20 mai, la guérison était complète. »

Ces faits sont très-encourageants ; et quoi qu'aient pu dire les auteurs qui, *à priori*, effrayés des conséquences qu'ils redoutaient, ont dissuadé les médecins de les imiter, nous avouons que, pleins de confiance dans la véracité des auteurs qui les ont publiés, et rassurés aussi par la théorie et le raisonnement des analogies, nous ne croyons pas avoir agi avec légèreté, en cherchant à guérir, par les injections iodées, nos malades affectés d'ascite.

Voici les faits. Nous les ferons suivre de quelques réflexions.

*Ascite chronique ; — une seule injection iodée ; — guérison.*

François Maris, cinquante ans, cordier, habitant Bordeaux depuis quatorze ans, d'une constitution assez robuste, a eu, étant au service, plusieurs hémoptysies abondantes ; il eut, en 1850, une forte hématurie, à la suite d'une blennorrhagie assez intense. Cette hématurie a récidivé une fois depuis son établissement à Bordeaux. Il fut atteint à peu près à cette époque, d'une pleurésie gauche, qui fut traitée par les saignées, les ventouses et un vésicatoire. Affecté plusieurs fois de fièvres intermittentes sous divers types, la quinine en fit toujours justice. Elles revinrent, l'an dernier, sous le type quotidien, et dès lors il remarqua que son ventre grossissait. — Bientôt on constata qu'il y avait un épanchement dans la cavité adominale. — Il entra une première fois à l'hôpital, où l'on traita et fit disparaître la fièvre ; mais l'hydropisie persista : on conseilla la paracenthèse ; le malade s'y refusa et sortit.

Deux mois après, le 2 septembre 1850, il entre dans le service de M. Costes, salle 14. Il est d'une maigreur extrême ; l'appétit

est conservé, mais il ne supporte que peu d'aliments; la soif est intense; il y a de l'oppression, de la dyspnée; la percussion et l'auscultation n'amènent rien d'anormal dans le thorax; les battements du cœur sont normaux, l'abdomen est très-volumineux; la peau est distendue et lisse, il y a de l'œdème. Au niveau de l'ombilic, on remarque une tumeur formée par le liquide contenu dans l'abdomen, y pénétrant à travers l'anneau ombilical. La fluctuation est très-évidente à travers les parois de la cavité abdominale: la peau est sillonnée par des veines très-nombreuses et considérablement dilatées; les membres inférieurs sont œdématiés; la verge et le scrotum ne sont pas infiltrés.

Le 3, on pique, avec une lancette, la tumeur de l'ombilic, et on évacue environ 5 à 6 litres d'une sérosité albumineuse. Le ventre affaissé, on constate l'état d'intégrité des viscères abdominaux.

On exerce une compression méthodique, et on soumet le malade, pendant quelques jours, à l'usage d'une tisane de chiendent, avec acétate de potasse 8,00 par litre.

L'épanchement se renouvelle rapidement, et il devient si considérable, que le 12 septembre, on est obligé de recourir à une nouvelle ponction; on la pratique au même lieu que la première fois: on obtient 8 kil. de liquide.

Le 16, le ventre est de nouveau distendu: nouvelle ponction, au lieu d'élection, avec un trois-quart. Il s'écoule 7 kilog. 750 grammes de liquide. Un examen attentif prouve qu'aucun des organes abdominaux n'est dans un état morbide appréciable. M. Costes fait alors procéder à une injection, que déjà deux fois il avait fait pratiquer avec innocuité. On injecte un mélange de 100 grammes eau distillée, teinture d'iode 20,0, hydriodate de potasse 0,2 grammes. Le liquide injecté séjourne environ deux minutes, puis on en laisse s'écouler, par la canule, le plus possible.

Immédiatement après l'injection, le malade se plaint d'une douleur vive, aiguë, surtout vers la fosse iliaque gauche. Bientôt cette douleur se calme. Le malade demande, à grands cris, à manger. On lui donne un bouillon.

Deux heures après l'injection, les douleurs se réveillent plus vives: le malade a des frissons assez intenses, et des nausées; il a une soif très-vive, la respiration courte; il n'ose faire de fortes inspirations.

L'abdomen est tendu et douloureux à la pression. Il a froid aux extrémités. La peau est recouverte d'une sueur froide; le pouls, qui était à 58 avant l'injection, s'est élevé à 80.

*On met une boule d'eau chaude aux pieds ; un cataplasme laudanisé sur l'abdomen.*

Vers dix heures du soir, la chaleur a reparu aux pieds et aux mains, le pouls est à 104, le ventre est aussi douloureux à la pression et plus tendu. On prescrit, pour la nuit, 0,05 d'extrait d'opium.

Le 17, vingt-quatre heures après l'injection, mieux notable. Le malade a dormi un peu, les traits sont plus reposés, le pouls est tombé à 90, la soif est toujours vive, le ventre douloureux. Le malade a uriné pour la première fois le matin. (Limonade, diète.)

Le 18, mieux. Abdomen moins douloureux, pouls à 80. Le malade n'a pas été à la selle.

Le 19, mieux encore. Le malade a eu une selle peu copieuse, le pouls est revenu à son état normal. (Chiendent avec acétate de potasse. 8,00 par litre.)

Le 21, le ventre diminue de volume, on peut le presser assez fort ; cependant on y cause de la douleur, en comprimant avec le plat de la main vers la région hépatique. (Lavement purgatif, frictions avec huile d'amandes douces ; le soir, trois selles liquides.)

Tout s'améliore jusqu'au 25, où l'état du malade est très-satisfaisant. Rien du côté des voies digestives ; mais les jambes sont œdématiées, et le malade ne peut se lever : on les comprime méthodiquement.

1er Octobre. — La santé du malade s'est améliorée de jour en jour, l'œdème des jambes a considérablement diminué, le ventre a repris son volume normal, et la palpation ne démontre plus la présence de liquide.

Mais, quelques jours après, le malade est pris de diarrhée : quatre selles jaunâtres, verdâtres, fœtides. (Eau albumineuse.) Les selles diminuent jusqu'au 6 octobre, où il n'y en a plus qu'une, assez naturelle. Ce jour là, le malade se lève, reste toute la journée debout, sans fatigue ; l'appétit est rétabli : il mange les cinq portions par jour, sans éprouver de désagrément. Le sommeil est bon ; les jambes, toutefois, sont encore un peu gonflées. Jusqu'au 18, il y a quelque alternative de diarrhée et de constipation. Le 21, on cesse toute médication ; le malade est très-bien, les jambes ne sont plus infiltrées ; elles sont sèches, fermes. Il sort le 27 octobre, sa convalescence étant complétement confirmée.

Ce malade est revenu à l'hôpital le 12 mars, comme reposeur,

à la salle 14. Il s'est bien porté depuis sa sortie de l'hôpital, et en sort de nouveau, après y avoir séjourné trois jours.

Nous avons raconté, un peu au long, cette histoire, parce que ce n'est que par les détails qu'on peut se rendre bien compte des phénomènes qui suivent l'injection iodée dans le péritoine, et qu'on peut apprécier tout à la fois, et son innocuité, et plus tard son action médicamenteuse. Au premier moment, on remarque quelques symptômes de réaction, provoqués par le contact du liquide sur la surface de la membrane malade ; mais leur prompte disparition ne laisse plus craindre aucune action phlegmasique. Si nous observons, dans le fait que nous venons de rapporter, avec quelle rapidité l'épanchement s'est reproduit, avant de recourir à l'injection, on sera frappé de la modification qu'aura dû subir la surface exhalante, pour ne plus le laisser se reformer après le contact du liquide iodé, et on ne pourra élever aucun doute sur l'action curative de ce moyen.

Il en a été de même dans le second fait que nous voulons faire connaître, bien qu'il y ait eu quelques circonstances de plus.

*Hydropisie ascite. — Injection iodée dans le péritoine. — Guérison.*

Thierry (Jeanne), quarante sept ans, de Bordeaux, journalière, entre à l'hôpital Saint-André, salle 14, n° 24, le 11 octobre 1850. Elle est hydropique depuis seize mois. Cette femme, dont la mère est morte hydropique, est d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible, usée par les maladies, et appauvrie par une mauvaise alimentation.

Réglée à dix-huit ans, d'une manière irrégulière, elle perdait un sang pâle, décoloré, peu abondant, et puis perdait en blanc. Jusqu'à l'âge de quarante-trois ans, toujours souffrante, elle eut alors une légère hépatite et des fièvres intermittentes tierce et quarte ; puis sa santé s'améliora, ses règles arrivèrent mieux et plus abondantes. — Dans ces entrefaites, elle fut forcée de faire, à pied, la route de Bordeaux à Orléans, au mois d'août, par une chaleur suffocante, et, tout en sueur, elle se plongea, ayant ses règles, dans une eau froide. De là, suppression, céphalalgie, vomissements, douleurs lombaires, et, peu après, augmentation, de jour en jour, du volume de l'abdomen. Elle se crut enceinte, puis constata qu'elle était malade, et entra une première fois à l'hôpital. Elle y séjourna vingt-sept jours, et en sortit après une amélioration, qu'elle alla compromettre dans un nouveau voyage,

fait au milieu de privations et de chagrins. Son état s'aggrava : elle dut revenir à Bordeaux, trois mois après sa sortie, et cette fois elle fut admise dans le service de M. Costes.

Elle se présente le visage et les membres amaigris, brûlée par le soleil. Elle est sans fièvre, sans appétit, sans sommeil ; respire difficilement, quoique le thorax ne présente à l'auscultation et à la pression rien d'anormal. L'abdomen est très-volumineux dans tous les sens ; la peau est lisse et œdématiée ; les veines superficielles sont considérablement dilatées ; la percussion donne une sonorité très-manifeste à la région épigastrique. On constate dans la cavité abdominale la présence d'un liquide abondant, qui ce déplace aisément. La malade, mise sur le dos, une saillie très-prononcée se manifeste vers les flancs. Il y a constipation ; les urines sont rares, rouges, il n'y a pas d'albumine ; les jambes sont volumineuses, infiltrées, douloureuses à la pression. (Limonade avec acétate de potasse.)

Le 13, on pratique une ponction, et on recueille 18 livres d'une sérosité citrine et albumineuse. Les viscères, explorés avec soin à travers les parois abdominales, paraissent dans un état normal. (Même boisson.) Pendant plusieurs jours, les selles et les urines vont bien.

Le 20, l'épanchement est considérable, il s'est fait avec rapidité ; l'abdomen est plus volumineux que le jour de sa rentrée ; aussi il y a dyspnée, perte d'appetit ; le pouls est à 65.

Le 21, nouvelle ponction : on obtient 12 kilog. 600 grammes de sérosité en tout semblable à la première.

La palpation, faite avec soin, ne dénote aucune lésion appréciable des viscères abdominaux. On procède à l'injection avec le mélange suivant : teinture d'iode, 20,00 ; eau, 100 grammes ; hydriodate de potasse, 4 grammes. On laisse dans l'abdomen une certaine quantité du liquide injecté. Aussitôt après l'injection, la malade accuse des douleurs vives, augmentant par les mouvements qu'elle fait dans son lit, ainsi que par la pression. Il y a refroidissement des extrémités, et une sensation de chaleur dans l'abdomen ; le pouls reste à l'état normal.

A huit heures du soir, il y a plus de malaise : la bouche est sèche, la soif peu vive ; nausées, vomissements de matières alimentaires prises le matin. Le pouls est petit, serré, fréquent, 144 à la minute ; il y a de l'anxiété, frissons vagues, respiration courte. La malade redoute les grandes inspirations, qui augmentent ses douleurs. Le ventre, légèrement tendu à droite, est douloureux à la pression. (Cataplasme laudanisé sur l'abdomen ; boule d'eau chaude aux pieds.)

Deux heures du matin. Les vomissements continuent, les extrémités se sont réchauffées ; la malade se sent mieux ; le pouls est à 140.

Le 22 au matin, mieux sensible ; il y a pourtant du hoquet. Plus de vomissements, pouls à 110. La malade supporte une pression légère, faite avec le plat de la main sur l'abdomen. (Limonade pour boisson.)

Le soir, trente heures environ après la ponction, le mieux se soutient.

Le 23, le hoquet continue ; il n'y a plus eu de vomissements, et le pouls est descendu à 90 ; la respiration est plus libre ; l'épigastre n'est plus douloureux, et le côté gauche de l'abdomen est plus balloné et un peu douloureux à la pression.

Le 24, troisième jour après l'injection, le mieux se continue ; tous les symptômes diminuent. Constipation depuis le 21 ; urines rares. ( Limonade avec acétate de potasse, 8,00 par litre , lavement émollient.)

Le 25 , pas de selles. ( Gomme gutte, 0,30 en deux pilules. ) Dans la journée, nausées ; le pouls revient à 100 ; la région de la rate est gonflée et douloureuse ; urines rouges et sédimenteuses ; une selle peu abondante.

Le 27, diminution des symptômes précédents, abdomen moins tendu et moins douloureux ; selles abondantes, liquides et jaunâtres ; urine plus rare et ammoniacale ; les jambes sont œdématiées. (Même médication.)

Le 29, l'abdomen n'est plus douloureux, l'appétit et le sommeil sont revenus. Toutefois, la malade supporte peu d'aliments à la fois ; le pouls est à 68-70. On peut constater l'accumulation d'un liquide dans l'abdomen ; pourtant les urines augmentent de quantité. (Tisane de graine de lin avec acétate de potasse.)

Le 1er septembre, les progrès de l'hydropisie sont sensibles.

Le 4, l'abdomen est très-développé, la respiration est difficile ; pas de fièvre ; pouls, 68-70 . La ponction devient nécessaire : on obtient autant de liquide que la première fois, très-albumineux, n'ayant aucune odeur d'iode.

Bien qu'il n'y ait pas eu d'accident proprement dit, après la première injection, on n'en tente pas une deuxième, l'état de la malade étant amélioré en général.

Depuis le 5 jusqu'au 10, on donne 0,30 de gomme gutte en trois pilules, et de la limonade avec acétate de potasse 8,00 par litre. Les jambes perdent leur œdème, le mieux se prononce de plus en plus.

Le 11, le ventre est revenu à l'état normal, l'appétit et le

sommeil sont bons, la malade peut se lever et rester longtemps debout sans fatigue, les voies digestives fonctionnent bien, les selles sont liquides, mais rares ; les règles n'ont pas reparu.

Pendant une quinzaine de jours, la convalescence s'établit de mieux en mieux, et la malade, ayant repris la plénitude de ses fonctions, désire sortir vers la fin de novembre, après avoir séjourné environ cinquante jours à l'hôpital. Quelque temps après, on l'a revue en fort bon état ; seulement, elle éprouve de temps en temps des tiraillements dans la région splénique. (Aujourd'hui, mai 1851, nous apprenons que la guérison se maintient.)

Ce fait est moins explicite peut-être que le précédent, en faveur de l'injection iodée, comme guérissant l'ascite. La récidive de l'épanchement après la première injection, et l'usage qu'on a fait plus tard d'un moyen assez héroïque dans ces cas là, et auquel on pourrait assigner sa part d'action dans la cure, diminuent l'importance du premier moyen. Mais nous savons que d'autres praticiens ont eu recours, par deux fois, à l'injection iodée, lorsque l'épanchement s'est reproduit, et en ont retiré un bon résultat. Nous aurions pu, ici, imiter leur exemple ; mais les symptômes de réaction, qui pourtant ne se sont pas élevés très-haut, et qui surtout ont peu duré, nous ont rendu plus circonspect. Et comme nous n'avions pas à cœur seulement de prouver l'action efficace de l'injection iodée, mais que nous voulions surtout guérir la malade, il nous importait peu de faire partager le succès entre la gomme gutte et l'injection iodée ; mais ce médicament, la gomme gutte, avait été employé chez elle dans les premiers temps, et sans succès.

Nous avions d'ailleurs, dans le premier fait, réussi par l'injection iodée exclusivement ; et nous ne pouvions pas rester complétement insensible au sentiment d'inquiète curiosité, tout au moins, qui s'était manifestée, parmi nos collègues, à notre première tentative.

Depuis, un fait nouveau et décisif s'est montré à la clinique médicale de notre hôpital, et le succès ne peut être attribué, dans ce cas, absolument qu'à l'injection iodée. Mais ce fait sera publié dans tous ses détails, et il fournira, dans un court espace de quelques mois, le troisième fait de guérison d'ascite par les injections iodées.

On ne peut s'empêcher de faire quelques réflexions sur le mode d'action de ce remède dans des cas pareils. On a dit que les hydropisies de la tunique vaginale du testicule ne guérissaient que parce que des adhérences se formaient entre les lames de cette membrane. Eh bien ! ici, il n'y a, je crois, rien

de pareil. Chez notre premier malade, les viscères de l'abdomen semblaient partout avoir conservé leur mobilité, et on imprimait aux parois abdominales les mêmes mouvements qu'à l'état normal. Chez la femme qui fait le sujet de la deuxième observation, on a remarqué, il est vrai, des tiraillements dans la région de la rate, qui pourraient accuser dans ce point quelque adhérence. Mais si ces adhérences existent, n'avaient-elles pas commencé pendant la maladie première, et n'existaient-elles pas avant que la malade ne fût soumise à l'injection ? D'ailleurs, cette adhérence, si elle était due à l'action phlegmasique de l'injection, se fût elle bornée à un point ?

Il vaut donc mieux reconnaître, avec les faits, que cette injection dans le péritoine se contente de modifier l'action, ou exhalante, ou absorbante, des surfaces, et que c'est tout simplement, comme on le dit aujourd'hui, une irritation substitutive ; c'est-à-dire, encore plus simplement, que la vitalité y est modifiée. Cela se présente d'ailleurs ainsi dans les cas d'hydarthrose, où ce moyen, mis en usage, n'amène pas, comme on sait, d'ankylose.

Quoique peu nombreux, les faits que nous présentons, ajoutés à ceux qui existent déjà, nous prouvent que nous avons, pour guérir les hydropisies chroniques essentielles, sans complication de maladie des viscères de l'abdomen, un moyen nouveau, véritablement efficace, dans les injections iodées.

---

4. *Sur les effets thérapeutiques du tartre stibié à haute dose dans les maladies;* par M. Henri Gintrac, professeur suppléant à l'École de médecine.

(Journal de médecine de Bordeaux, mars 1851.)

Avant d'étudier l'action du tartre stibié à haute dose dans le traitement des maladies, il me paraît utile de rappeler rapidement les circonstances qui ont suggéré cette méthode, et d'indiquer les phases diverses qu'elle a traversées.

En général, une doctrine se rattache, d'une manière plus ou moins éloignée, à celles qui l'ont précédée ; et de même qu'on trouve dans les Œuvres immortelles de Bichat les bases de la médecine physiologique, on peut presque dire que, sans Brown, il n'y aurait pas eu de contro-stimulisme.

Brown, renouvelant la dichotomie de Thémison, établit deux classes de maladies : les unes par excès, les autres par défaut

d'excitabilité ; de là, leur distinction en maladies sthéniques et asthéniques. Le système de Brown se répand promptement dans toute l'Europe. Il trouve un défenseur enthousiaste dans Rasori, qui, par sa traduction, l'intronise en Italie. Mais, esprit ardent et passionné, le professeur de l'Université de Pavie proscrit bientôt dans ses leçons publiques la doctrine du médecin écossais. Pour Brown, la plupart des maladies dérivent d'un défaut de ton ; pour Rasori, elles résultent d'une trop grande stimulation. Cette idée devient pour lui une vérité, lors de l'épidémie pétéchiale qui régna à Gênes en 1800. L'examen des symptômes, les résultats nécroscopiques, lui démontrent que c'est une maladie de nature inflammatoire, et dans le Mémoire qu'il publie plus tard sur ce sujet, il développe les bases de sa théorie. De plus, il entrevoit dans une multitude de médicaments, jusqu'alors désignés sous le nom de stimulants, des sédatifs directs, c'est-à-dire des agents débilitants, qui au lieu d'activer les fonctions, les dépriment, les paralysent, et finissent par les détruire, s'ils prolongent leur action.

Rasori distingue dans l'Économie deux puissances actives, mais opposées. Ces deux forces sont appelées *stimulus* et *contro-stimulus*. Si elles se contrebalancent, elles constituent l'état physiologique ; mais souvent l'équilibre se rompt : alors se manifeste l'état morbide ou la *diathèse*. Cette diathèse peut avoir lieu par excès, ou par défaut d'excitabilité. Dans le premier cas, c'est la diathèse du stimulus ; dans le deuxième, c'est la diathèse du contro-stimulus. Lorsqu'une de ces diathèses est en excès, elle donne à l'économie l'aptitude de supporter des doses élevées de médicaments destinés à rétablir l'équilibre ; c'est là la tolérance des contro-stimulistes ; elle dure tant que persiste la diathèse.

En Italie, la doctrine de Rasori trouva des adversaires ; elle eut des protecteurs. Tommasini l'accepta, en la modifiant, il est vrai ; en effet, l'état local, la phlegmasie, regardée par Rasori comme un accessoire, devient pour Tommasini la circonstance essentielle : c'est le point de départ des phénomènes morbides ; la diathèse est dès lors sous l'influence de l'affection locale.

Giacomini, de Padoue, écrivit un Traité de matière médicale, uniquement basé sur les principes de la doctrine de Rasori.

Un des adversaires du contro-stimulisme, le docteur Strambio, de Milan, publia vingt-quatre observations de pneumonies, recueillies par Prato à la Clinique de Rasori. Sur ces vingt-quatre malades, quinze moururent, et cette issue funeste fut attribuée

à un épuisement des mouvements vitaux, épuisement qui aurait été l'effet des doses considérables du tartre stibié.

Quoiqu'il en soit, cette doctrine fit de rapides progrès dans la partie septentrionale de l'Italie, et fut appelée *Méthode italienne* ou *de Rasori*.

Rasori ne doit pas cependant être considéré comme l'inventeur de la méthode thérapeutique qui porte son nom. Marryat, de Bristol, mêlait 5 grains de tartre stibié avec un gros de nitre et de sucre, et en donnait un sixième toutes les trois heures. Vidal, de Bayonne, à la fin du siècle dernier, prescrivait le tartre stibié à haute dose, contre le rhumatisme. Hufeland a revendiqué en faveur des médecins allemands, et surtout de Richter, la priorité de ce mode d'administration de l'émétique. Je dois cependant faire remarquer que ces derniers ne l'avaient jamais employé ni à des doses aussi élevées, ni dans le but déterminé par Rasori.

Laennec a, le premier en France, employé la méthode de Rasori. Ses essais datent de 1817, et furent poursuivis jusqu'en 1824, époque vers laquelle ils furent connus ; ils firent une sensation d'autant plus vive, que la doctrine physiologique jetait alors son plus vif éclat, et que la crainte de provoquer l'irritation des voies digestives s'était emparée de la majorité des praticiens. Laennec fut imité par son cousin Ambroise Laennec, à Nantes.

Il serait trop long d'énumérer ici les nombreux auteurs qui ont donné des résultats obtenus par l'emploi du tartre stibié à haute dose ; je ne citerai que les noms principaux.

M. Vyau-Lagarde, soit dans sa Thèse inaugurale, soit dans un Mémoire inséré dans les *Archives de médecine*, rendit compte de quatorze observations recueillies, la plupart, à la Clinique de l'hôpital de la Charité, sous Laennec.

Vaidy, Palais, Levrat-Perroton, Vacquié, publièrent le résultat de leurs recherches sur l'emploi du tartre stibié à haute dose.

M. Delourmel de la Picardière fournit un certain nombre de faits relatifs à l'emploi de ce moyen.

En 1829, M. Rayer inséra dans le *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratique* un article fort remarquable sur l'antimoine et ses composés.

M. Danvin publia les faits qu'il avait recueillis dans le service de M. Louis, à la Pitié.

M. Bricheteau fit part de ceux qu'il avait observés à l'hôpital Necker.

MM. Trousseau et Bonnet, étudiant l'action du tartre stibié, et dans l'état physiologique et dans les diverses formes de l'état pathologique, arrivèrent à des résultats favorables à la doctrine italienne.

Le tartre stibié fut encore l'objet de recherches spéciales. Il fut étudié, dans son emploi chez les enfants, par MM. Guersent et Blache, par MM. Bouneau et Constant, et chez les vieillards par M. Mascarel. Son action a été suivie dans la pneumonie, principalement par MM. Chomel, Louis et Grisolle, dans le rhumatisme, par Dance ; dans l'hydarthrose, par MM. Gimelle et Biecchy, de Schelestadt.

M. Teallier avait, en 1833, exposé l'histoire thérapeutique du tartre stibié ; M. Bonamy, en 1848, a publié un Résumé méthodique des faits nombreux présentés sur ce sujet intéressant.

Tel est le tableau concis des recherches principales qui ont été faites sur le tartre stibié donné à haute dose. Malgré tant de travaux, il reste encore des incertitudes sur la véritable manière d'agir de ce modificateur puissant de l'organisme. Je viens apporter le faible tribut d'études consciencieuses. Puissent-elles ajouter d'utiles éléments à l'histoire de cette méthode, et contribuer à élucider quelques-unes des questions qui se rattachent à son emploi !

Le travail que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie de médecine repose sur l'examen comparatif d'un certain nombre de faits; il en est la déduction la plus rigoureuse. En suivant cette marche, j'espère entrer dans l'esprit du Corps, justement célèbre, qui appelle sur ce problème important le zèle scientifique des praticiens.

Les observations qui forment la base de ce travail, et dans lesquelles les effets thérapeutiques du tartre stibié ont été étudiés, sont au nombre de quatre-vingt-dix. J'ai désiré n'offrir que des faits positifs et bien appropriés au sujet. Ces observations se distribuent de la manière suivante :

| | |
|---|---|
| Pneumonie. . . . . | 24 cas. |
| Angine laryngée œdémateuse. . . . . | 1 |
| Bronchite aiguë. . . . . | 13 |
| Bronchite capillaire. . . . . | 2 |
| Bronchite chronique. . . . . | 41 |
| Phthisie pulmonaire. . . . . | 4 |
| Rhumatisme. . . . . | 5 |
| Hypertrophie chronique de la rate. . . | 1 |

L'espace ne me permettant pas de donner les observations

avec leurs détails et les réflexions qui les accompagnent, je me bornerai aux corollaires qui ont été déduits.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

5. *Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'électricité de frottement, de l'électricité de contact, et de l'électricité d'induction* ; par le docteur Duchenne (de Boulogne).

(Archives générales de médecine, mai, 1851.)

Les médecins qui ont fait une étude spéciale de l'électricité appliquée à la thérapeutique ont cru remarquer quelques différences entre les propriétés thérapeutiques de l'électricité statique et de l'électricité dynamique. Ainsi Fallapra enseignait que l'électricité de tension était principalement applicable aux paralysies du sentiment et aux muscles de la vie de relation ; tandis qu'au contraire l'électricité de contact (le galvanisme) convenait seulement à l'excitation des muscles de la vie organique ou à celle des organes délicats, tels que l'œil, l'oreille, etc.

Ces préceptes ont été reproduits dans tous les traités spéciaux, bien qu'ils ne reposent sur aucune recherche sérieuse ; bien plus, ils sont en désaccord avec les propriétés physiologiques des différentes espèces d'électricité, propriétés qui, sans aucun doute, n'étaient pas connues de ceux qui ont formulé ces préceptes, comme je le démontrerai bientôt.

Il n'est pas étonnant qu'on n'en ait tenu aucun compte dans la pratique ; cependant on aurait tort de penser que l'action thérapeutique de l'électricité est toujours la même, quelle qu'en soit la source. J'espère établir, dans ce travail, que l'électricité de tension, l'électricité de contact et l'électricité d'induction, possèdent des propriétés physiologiques et thérapeutiques spéciales, et que chacune d'elles répond à des indications particulières.

A. *Propriétés physiologiques de l'électricité statique.* — Les procédés en usage pour l'administration de l'électricité statique sont, on le sait, l'électrisation par simple contact, qu'on appelle bain électrique, l'électrisation par étincelles, enfin l'électrisation par la bouteille de Leyde. On a fait aussi passer un courant d'électricité statique à travers le corps non isolé et mis en contact avec le conducteur d'une machine électrique ; mais ce dernier procédé est tellement nul dans son action, qu'il ne mérite pas d'être discuté.

1° *Bains électro-positif et négatif.* Le bain électrique a été

longtemps considéré comme un des agents thérapeutiques les plus précieux.

Voici, selon Giacomini, d'après l'auteur d'un article récent sur l'électricité, comment se comporte le bain électro-positif : « On isole le patient, et on le met en communication avec le conducteur de l'appareil. Toute la surface du corps se trouve ainsi électrisée, tandis que l'air qui entoure le corps est, par induction, rendue électro-négative. L'électricité positive qui charge l'organisme est limitée, probablement accumulée, à la surface du derme, en vertu de la loi que nous avons indiquée plus haut, car elle n'affecte aucunement les organes intérieurs ; ni le pouls, ni les sécrétions, ni les fonctions intellectuelles, ni la respiration, n'en éprouvent aucun changement notable, et cette électricité accumulée, qui constitue le bain, s'échappe par tous les points épidermiques (cheveux, poils, ongles). »

Giacomini attribue une influence hyposthénisante au bain électro-négatif, qui consiste à soustraire du corps une dose plus ou moins considérable de l'électricité naturelle. Voici comment on l'administre : on isole le patient, et l'on met son corps ou plutôt la région malade en rapport avec le coussinet ou le frottoir de la machine, à l'aide d'un conducteur ; en même temps qu'on fait manœuvrer le disque, on décharge l'électricité vitrée, à mesure qu'elle s'accumule. Il est évident, selon Giacomini, que l'électricité fournie par le coussinet est soutirée par les nerfs du patient, au lieu de l'être par le sol, comme dans le bain électro-positif.

Ce n'est certainement pas sur l'expérimentation que repose cette théorie électro-physiologique ; car si, dans l'état de santé, on se soumet à l'influence d'un bain électrique positif ou négatif, on n'éprouve aucun des symptômes qui annoncent un effet excitant ou hyposthénisant appréciable.

2° *Électrisation par étincelles et par la bouteille de Leyde.* Quelle que soit la forme de l'excitateur mis en rapport avec le conducteur de la machine électrique, quelle que soit la distance qui le sépare de la peau, l'électricité par la machine mise en activité se recompose avec celle du corps à la surface de l'épiderme avec une tension plus ou moins forte. L'excitateur terminé en pointe laisse échapper facilement l'électricité ; avec l'excitateur sphérique, la tension est plus forte, et les étincelles sont rares ; mais l'un et l'autre ne donnent jamais qu'une étincelle par décharge, tandis que l'excitateur à surface plane en laisse échapper plusieurs à la fois (deux à cinq), quand il est à une petite distance de la peau.

La brosse métallique agit absolument de la même manière que l'excitateur à surface plane, c'est-à-dire qu'il ne fournit jamais plus de deux ou trois étincelles à la fois, quel que soit le nombre des fils qui la composent (1).

L'électricité statique, appliquée par les excitateurs dont je viens d'exposer l'action spéciale, donne toujours lieu aux mêmes sensations, lesquelles ne diffèrent entre elles que par le degré d'intensité. Cette sensation, comparable à celle que produirait le choc d'un petit corps dur qui viendrait frapper la peau, est toujours désagréable, quelque faible que soit la tension électrique. Cette sensation n'est jamais très-forte, et ne ressemble pas à celle de la brûlure ou de la piqûre, quelque intense que soit la forme de l'excitateur employé, bien que la peau puisse, à la longue, rougir et devenir plus sensible. Pour la rendre plus douloureuse, il faudrait recourir à une tension électrique qu'on ne peut obtenir qu'avec la bouteille de Leyde ; mais alors l'excitation ne serait plus limitée à la peau, et il se développerait des phénomènes que j'exposerai bientôt. A faible tension, l'action de l'électricité peut toujours être limitée dans la peau.

Telle est la tension qu'on obtient par la machine électrique, qui est à peine assez puissante pour faire contracter les muscles superficiels, surtout si le tissu cellulaire est un peu abondant, et encore ces contractions sont-elles fébrillaires et incomplètes.

S'il est possible de limiter dans la peau l'électricité statique, il n'en est plus de même quand on veut concenter sa puissance dans le tissu musculaire ou dans les nerfs sous-cutanés. En effet, l'action superficielle de cette électricité est inséparable de son action profonde. Dans ce dernier cas, la recomposition électrique s'effectue à la surface de l'épiderme, et il en résulte une sensation cutanée qui masque la sensation musculaire.

(1) On a aussi employé, comme excitateur, une brosse en blaireau, qui, étant mise en rapport avec la machine électrique et placée à une petite distance de la surface cutanée, donne une sensation de fraîcheur. Cette brosse, mauvais conducteur, se chargeant cependant d'électricité positive, laisse échapper, par l'extrémité de ses poils, l'excès de cette électricité, qui se recompose avec l'électricité de l'air ambiant. Il en résulte de petites recompositions successives et rapides, qui déterminent un léger courant d'air à la surface de la brosse. C'est ce courant d'air, analogue à celui qui se forme à la surface du plateau de la machine électrique en mouvement, qui est la cause de la sensation de fraîcheur produite par le voisinage d'une brosse en blaireau. Il est évident que ce mode d'électrisation est illusoire, car l'électricité naturelle du corps n'en éprouve aucune influence.

La tension éléctrique qu'on obtient avec la bouteille de Leyde permet au courant de vaincre la résistance d'une grande épaisseur de tissus. Aussi l'électrisation par la bouteille de Leyde permet-elle de faire contracter énergiquement les muscles ; mais quelque faible que soit alors la tension électrique, qu'on peut du reste graduer au moyen de l'électromètre de Lave, elle produit toujours une commotion, c'est-à-dire une sensation qui s'étend au delà du point excité, et qui retentit plus vivement dans les centres nerveux.

Si l'excitateur est placé au niveau d'un tronc nerveux, la sensation locale est celle qui produit la forte contusion du nerf, et cette sensation est suivie d'un engourdissement qui s'étend presque dans ses dernières ramifications. A une tension assez grande, qu'on agisse sur le nerf ou sur le tissu musculaire, la secousse est tellement forte que le membre entier et quelquefois tout le corps en sont comme foudroyés.

B. *Propriétés physiologiques de l'électricité dynamique.* — On a donné le nom d'électricité dynamique, c'est-à-dire d'électricité à l'état de mouvement et de courant, à l'électricité de contact et à l'électricité d'induction. Cette électricité, dégagée par les piles voltaïques ou par les appareils électro-dynamiques ou magnétiques, possède des propriétés physiologiques essentiellement différentes de celles qui appartiennent à l'électricité statique.

La propriété la plus importante de l'électricité dynamique, c'est de pouvoir être dirigée et limitée dans presque tous les organes. Il ressort, en effet, de mes expériences, que l'on arrête à volonté cette puissance dans la peau, ou que, sans incision ni piqûre, on peut traverser celle-ci et limiter l'action électrique dans les organes qu'elle recouvre, c'est-à-dire dans les nerfs, dans les muscles, et même dans les os.

L'intensité des sensations cutanées développées par l'électricité dynamique est proportionnelle à l'intensité du courant ; elle peut passer du simple chatouillement à la douleur la plus aiguë, ou arriver à ces deux extrêmes en passant par tous les degrés intermédiaires. Son excitation peut toujours être concentrée dans l'enveloppe cutanée, à l'aide de moyens spéciaux, sans dépasser les limites de la peau, quelle que soit l'intensité du courant.

Cette même force électro-dynamique, dirigée dans un muscle, dans un tronc nerveux, peut provoquer les contractions les plus énergiques, sans produire ces phénomènes de commotion qui caractérisent l'action de l'électricité statique, et qui contre-indiquent souvent son emploi.

Tels sont les effets principaux que l'on peut tirer de l'électricité dynamique, qui comprend l'*électricité de contact* et l'*électricité d'induction*.

Mais chacune de ces dernières sources électriques possède, en outre, des propriétés physiques et physiologiques spéciales qui ne permettent pas de les appliquer indifféremment à la thérapeutique; leurs propriétés spéciales peuvent même répondre à des indications déterminées : il est donc nécessaire de les étudier séparément.

1° *Électricité de contact* (*galvanisme*). A quantité et à tension égales, tous les appareils qui dégagent l'électricité de contact jouissent des mêmes propriétés physiologiques (1), quelle soit la nature des éléments qui entrent dans leur composition.

On peut construire des appareils galvaniques qui fournissent ou plus d'électricité de quantité ou plus d'électricité de tension, selon les effets que l'on veut obtenir; mais quoi qu'on fasse, ces différents effets se produisent toujours simultanément, et ne peuvent être isolés les uns des autres.

L'électricité galvanique peut être appliquée par courants continus ou par courants interrompus.

Les courants continus limités dans la peau y excitent, outre des phénomènes de sensibilité décrits plus haut, un travail organique plus ou moins considérable, depuis le simple érythème jusqu'à l'escharification. Ce travail organique s'opère assez lentement, à moins qu'on ne se serve d'une batterie galvanique très-puissante.

Le courant continu le plus intense, dirigé dans le tissu d'un muscle, n'y produit que des contractions fibrillaires, faibles et irrégulières. C'est, du moins, le résultat d'une expérience que j'ai faite sur mes muscles avec une batterie de 120 piles de Bunsen. Ce courant continu produit toujours des phénomènes de calorification profonds. En effet, la sensation que j'éprouvai pendant l'expérience précédente était analogue à celle qu'aurait pu occasionner un liquide très-chaud dans le membre soumis à l'expérimentation. Après un certain temps, ces courants continus, profonds, m'occasionnèrent une chaleur insupportable dans le membre galvanisé. En diminuant le nombre des éléments, les

(1) La quantité d'électricité qu'une pile peut fournir dépend de la surface des éléments; elle est proportionnelle à l'étendue de cette surface. La tension galvanique dépend du nombre des éléments qui composent une batterie galvanique.

phénomènes que je viens d'exposer allèrent en décroissant ; et à 15 ou 20 éléments, ils furent inappréciables.

Les courants continus sont-ils réellement des hyposthénisants de la force nerveuse ? Si l'on conclut des vivisections à l'homme, la réponse doit être affirmative. On sait, en effet, qu'un courant continu, prolongé un certain temps dans les nerfs ou dans les membres d'un animal, non-seulement diminue son irritabilité, mais aussi qu'il produit sa paralysie. Voici l'expérience que j'ai faite sur plusieurs sujets, dans le but d'étudier cette question. Je me suis servi d'une batterie de Cruickshank, composée de 60 couples, et j'ai fait passer dans les nerfs le courant qui en provenait. Ces essais n'ayant produit aucun résultat, j'ai espéré réussir avec un courant plus puissant. J'ai alors employé une batterie de 30 piles de Bunsen, et après vingt à trente minutes de l'action du courant continu, je n'ai observé ni diminution de l'excitabilité du nerf galvanisé ni trouble dans les mouvements volontaires ; cependant j'ai répété plusieurs fois cette expérience tantôt avec un courant centrifuge, tantôt avec un courant centripète, et les résultats n'ont pas changé.

Les courants galvaniques intermittents exercent une triple action physiologique à chaque intermittence, l'une à l'entrée du courant, l'autre à la sortie, et la troisième dans l'intervalle de ces deux temps. L'action physiologique qui se produit à l'instant où l'on interrompt le courant est tellement faible, qu'elle n'est appréciable que sous l'influence d'une batterie assez puissante. Ainsi, avec une batterie de 30 couples de Bunsen, on n'éveille pas la contractilité musculaire chez l'homme, quand on applique des excitateurs humides sur un point de la peau correspondant à la surface d'un muscle ; tandis que, par le même procédé, ce phénomène physiologique est déjà très manifeste à l'entrée du courant. Mais la puissance de l'interruption du courant s'accroît proportionnellement à l'augmentation du nombre des éléments qui composent la batterie galvanique. Il m'a paru que 120 piles de Bunsen donnaient, à l'instant de l'interruption, une contraction à peu près égale à celle qui était produite par l'entrée du courant de 20 couples.

L'action physiologique intermédiaire entre l'entrée et la sortie du courant est celle du courant continu ; elle est d'autant plus manifeste que l'intervalle qui sépare les deux autres temps est plus prolongé.

La sensibilité de la peau est plus vivement excitée par le courant galvanique intermittent que par le courant continu. C'est tout l'opposé pour l'action organique exercée par ces courants.

Ainsi la sensation cutanée est plus douloureusement réveillée par un courant intermittent rapide que par un courant continu. Celui-ci, au contraire, produit plus rapidement l'érythème ou la vésication, ou la destruction de la peau. Il résulte de mes recherches que l'action désorganisatrice qu'éprouvent les tissus doit être rapportée à l'influence du courant continu, et que l'entrée et la sortie de ce courant y contribuent très-faiblement. C'est pour cette raison, selon moi, que le courant intermittent rapide désorganise beaucoup moins la peau que le courant continu. Mais comme on ne peut éviter, ainsi que je l'ai démontré plus haut, l'action continue qui se trouve entre le commencement et la fin de chaque intermittence, il ne sera jamais possible d'exciter la peau par le galvanisme, sans y produire un travail organique plus ou moins considérable.

De toutes les espèces d'électricité, c'est l'électricité galvanique qui agit le plus vivement sur la rétine lorsqu'on l'applique à la face avec des excitateurs humides. Les courants galvaniques dirigés sur les nerfs de la cinquième paire et même sur leurs dernières ramifications exercent une action spéciale sur la rétine, en produisant trois sensations lumineuses (le phosphène) à chaque intermittence. Ces sensations se manifestent : l'une, très-forte, à la fermeture du courant ; l'autre, beaucoup moins forte, à l'ouverture de ce courant ; et la troisième, tellement faible, qu'elle n'est appréciable que dans l'obscurité, dans l'intervalle des deux précédentes. Cette propriété spéciale du galvanisme n'a pas encore été signalée ; sa connaissance est de la plus haute importance pour le médecin, comme on le verra par la suite. Dans quelque point de la face ou du cuir chevelu qu'on applique les excitateurs galvaniques humides, on produit toujours une succession de sensations lumineuses très-éblouissantes, même avec un courant très-faible, pourvu que la région excitée se trouve animée par la cinquième paire. La flamme qui se produit alors n'impressionne la rétine que du côté où l'excitation galvanique est pratiquée ; elle est d'autant plus grande et plus étincelante que les excitateurs sont plus rapprochés de la ligne médiane ; enfin cette flamme est perçue de chaque côté, quand les excitateurs galvaniques sont placés tout à fait sur la ligne médiane, c'est-à dire dans les points où les ramifications de la cinquième paire de chaque côté semblent se confondre.

C'est surtout sur la contractilité musculaire que le courant intermittent galvanique manifeste une puissance physiologique infiniment plus grande que celle du courant continu.

4° *Électricité d'induction.* Bien qu'il ne convienne pas d'exposer

ici les principes qui président au développement des phénomènes de l'induction, je consacrerai quelques considérations générales à l'étude de ces phénomènes, qui, selon moi, n'ont pas été suffisamment analysés.

Les courants des appareils d'induction prennent leur source, on le sait, soit dans une pile, soit dans un aimant. Ils sont connus, dans la science, les premiers sous la dénomination d'*appareils Volta-électriques* (électro-dynamiques), les seconds sous celle d'*appareils électro-magnétiques*. Les uns et les autres se composent d'un fil de cuivre rouge, recouvert de soie, d'un diamètre et d'une longueur variables, et enroulés en spires serrés de manière à former une bobine, au centre de laquelle on place ou un fer doux ou un aimant. Dans quelques appareils Volta-électriques, un second fil de cuivre, plus fin et plus long, est enroulé sur le premier. Les appareils magnéto-électriques n'ont jamais qu'un seul fil, enroulé sur l'électro-aimant ou sur chaque bras de l'aimant (1).

Pour mettre en action un appareil Volta-électrique, on met les extrémités de son fil de cuivre en contact avec les pôles d'une pile. A l'instant où le cercle est fermé, il s'opère une modification électrique dans l'état du fil et du fer doux central : le premier est traversé par le courant de la pile, et le second s'aimante temporairement. Si ensuite le cercle est ouvert, il en résulte une nouvelle modification électrique, car le fer doux perd son aimantation, et l'électricité naturelle du fil reprend son état normal. C'est seulement au moment où ces modifications sont produites, que se manifestent les phénomènes d'induction, par l'influence mutuelle des spires et de l'aimant temporaire sur les spires elles mêmes ; tandis qu'on n'observe aucun phénomène physique ou physiologique dans leur intervalle. En effet, place-t-on dans le cercle du courant un organe contractile vivant, un muscle de grenouille par exemple, à l'instant où le cercle est fermé, le muscle se contracte ; ensuite le muscle reste en repos. Vient-on alors à ouvrir le courant, le muscle entre encore en contraction ; mais, dans ce dernier cas, la contraction est beaucoup plus forte que la première. On observe les mêmes phénomènes électro-physiologiques avec le courant provenant du fil fin enroulé sur la première bobine ; de plus, si, au lieu d'un muscle, on place un galvanomètre dans le cercle du fil fin, on voit l'ai-

(1) Les appareils magnéto-électriques dont le fil est enroulé sur l'électro-aimant sont les appareils de Pixii et de Clark ; ceux dont le fil est enroulé sur l'aimant sont connus sous le nom d'appareils de Dujardin et de Breton frères.

guille du galvanomètre se dévier du méridien magnétique à l'entrée et à la sortie du courant, mais chaque fois en sens contraire.

Le courant qui se développe dans le premier fil est appelé *courant de premier ordre*; celui du fil qui lui est superposé est connu sous le nom de *courant de second ordre*.

*Chaque intermittence du courant se compose donc de deux phénomènes d'induction : l'un au moment où le contact a lieu, et l'autre quand il cesse.*

Examinons maintenant ce qui se passe quand on met en action un appareil magnéto-électrique. Un fer doux est placé à une petite distance des pôles de l'aimant, de manière à s'en éloigner ou à s'en rapprocher par un mouvement rotatoire. Mettons ce fer doux en croix avec l'aimant, et fermons le cercle formé par le fil enroulé, ou sur le fer doux (comme dans l'appareil de Pixii ou de Clark), ou sur l'aimant (comme dans l'appareil de Dujardin ou de Breton), en plaçant entre les extrémités libres de ce fil ou un galvanomètre ou un muscle vivant de grenouille. Si alors on imprime un mouvement de rotation au fer doux, de manière qu'il se trouve en face des pôles de l'aimant, l'aiguille s'éloigne du méridien, ou le muscle se contracte ; puis l'aiguille reprend sa position normale, et le muscle reste en repos. Si un nouveau mouvement rotatoire est imprimé au fer doux, de telle sorte que ses extrémités s'éloignent de l'aimant pour se placer en croix, une nouvelle déviation a lieu dans l'aiguille du galvanomètre, mais cette déviation a lieu dans un sens contraire à la première; ou on observera une nouvelle contraction musculaire, aussi forte que la première.

Ces phénomènes d'induction se produisent dans les appareils magnéto-électriques de la même manière que dans les appareils Volta-électriques, c'est-à-dire en vertu d'une modification apportée dans l'état de l'aimant et de son fer doux, et dans celui du fil de cuivre enroulé sur le fer doux ou sur l'aimant (1).

(1) En voici la théorie : quand le fer doux est mis en rapport avec l'aimant, l'électricité naturelle du fer doux est décomposée par le premier, et les pôles contraires s'attirent et se recomposent ; il en résulte une neutralisation de l'aimant artificiel, et une modification dans l'électricité du fil de cuivre, qui est induit, et alors les spires s'influencent mutuellement ; quand le fer doux est éloigné de l'aimant par un mouvement de rotation, le fluide magnétique de cet aimant reprend sa liberté et s'accumule à chacune de ses extrémités; l'électricité naturelle du fer doux se recompose, et celle du fil de cuivre éprouve une nouvelle induction.

Si, en même temps que ces modifications électriques ont lieu, on interrompt le cercle formé par le fil de cuivre, la puissance de l'induction augmente dans des proportions considérables. Presque tous les appareils magnéto-électriques sont disposés de manière que les solutions de continuité ne s'opèrent qu'au moment où le fer doux arrive en face de l'aimant. Il en résulte qu'ils produisent, par révolution du fer doux, une action inductrice faible, inappréciable chez l'homme, et une autre forte : la première a lieu quand le fer doux est placé en croix ; la seconde, quand il est mis en rapport avec l'aimant.

En résumé, les considérations précédentes démontrent que non-seulement l'électricité d'induction ne peut fournir de courant continu, puisqu'elle est essentiellement intermittente ou temporaire, mais encore que chaque intermittence se compose de deux courants en sens contraire.

Il est établi aussi que le courant qui se produit à la fin de chaque intermittence est le seul qui exerce une action physiologique chez l'homme, la première étant tellement faible qu'elle est appréciable seulement sur un muscle de grenouille, quelque puissant que soit l'appareil. En conséquence, l'électricité d'induction développée par les appareils n'exercant chez l'homme qu'une action physiologique par intermittence, l'électrisation par induction ne peut être appliquée sur lui sans que les courants changent de direction.

L'excitation de la peau par l'électricité d'induction, quelque longue que soit l'opération, quelque intense que soit le courant, ne produit pas d'autre action organique que l'érection des papilles ou un peu d'érythème.

Dans l'état actuel de la science, on n'établit physiologiquement aucune différence entre l'électricité qui arrive aux organes par la voie du courant d'induction du premier ordre, et celle qui leur est envoyée par le courant d'induction du second ordre. Voici cependant des faits qui prouvent, d'une manière incontestable, que chacun de ces courants jouit de propriétés physiologiques spéciales.

*a.* L'électricité provenant de l'induction par deux fils superposés (du courant de deuxième ordre) excite plus vivement la rétine, que celle qui émane de l'induction par un seul fil (du courant de premier ordre), lorsqu'on applique cette électricité à la face ou sur le globe oculaire par l'intermédiaire des excitateurs humides. Mais cette propriété spéciale du courant de deuxième ordre, de produire des sensations plus lumineuses que le courant de premier ordre, est infiniment plus développée dans l'appareil

magnéto-électrique que dans l'appareil Volta-électrique. Ainsi tous les points de la face excités par le courant de deuxième ordre de l'appareil magnéto-électrique réagissent puissamment sur la rétine, même à des doses très-faibles ; tandis que le courant de deuxième ordre de l'appareil Volta-électrique ne peut produire de sensation lumineuse que sous l'influence d'un courant assez intense, et cela seulement lorsque les excitateurs sont placés à l'émergence des nerfs de la cinquième paire ou sur le globe oculaire. La flamme qu'on perçoit alors est plus pâle que celle qu'on obtient avec le courant de deuxième ordre de l'appareil magnéto-électrique, et impressionne moins vivement la rétine. Le courant de premier ordre de l'appareil magnéto-électrique ne produit pas plus d'impression lumineuse que celui de l'appareil Volta-électrique. Enfin la sensation lumineuse qui est due à l'action du courant de deuxième ordre de l'appareil magnéto-électrique est loin d'être aussi forte que celle qu'on excite par le galvanisme.

*b*. Le courant de premier ordre et le courant de second ordre exercent une action élective, le premier sur la contractilité musculaire, le second sur la sensibilité cutanée. Voici l'expérience par laquelle on constate ce phénomène. Elle se fait à l'aide de deux appareils Volta-électriques ou magnéto-électriques, dont l'un fournit un courant du premier ordre, et l'autre un courant du second. Ces appareils étant en activité, on les gradue de telle sorte que tous deux agissent sur la conctractilité musculaire à égale force. Si alors on excite la sensibilité cutanée alternativement avec chacun de ces appareils, on observe que la sensation est moins forte sous l'influence du courant de premier ordre, que sous celle du courant de second ordre.

La sensation qui accompagne la contraction musculaire est moins vive par l'électricité d'induction que par le galvanisme, sans doute parce que la première n'exerce qu'une action physiologique par intermittence, tandis que la seconde donne à chaque intermittence trois actions physiologiques successives et rapides.

C. *Déductions thérapeutiques tirées des études électro-physiologiques précédentes.* — 1° *Propriétés thérapeutiques de l'électricité statique.* Le bain électro-positif, employé jadis comme excitant général de la surface du corps, est aujourd'hui généralement abandonné, sa vertu thérapeutique étant aussi nulle que son action physiologique.

Il n'en est pas de même, dit-on, du bain électro-négatif, qui est rangé par l'école italienne au nombre de ses plus précieux

agents hyposthénisants. Selon Giacomini, le patient soumis à l'influence du bain électro-négatif est désélectrisé, privé par conséquent d'une plus ou moins grande quantité de stimulants analogues au calorique, et subit un effet hyposthénisant réel : les tissus érysipélateux blanchissent à vue d'œil, et les phlogoses chroniques éprouvent un mieux incontestable. Des céphalalgies, des douleurs névralgiques, ont été dissipées sur-le-champ par cette espèce de *saignée électrique*, comme par l'action de la glace, qui soutire le calorique et peut-être aussi l'électricité en même temps : telle est la vertu attribuée par l'école italienne au bain électro-négatif.

Ces saignées électriques peuvent flatter l'imagination ; mais il est fort à craindre que leur effet hyposthénisant soit tout aussi hypothétique la propriété excitante attribuée au bain électro-positif. Cependant il serait injuste de condamner un moyen thérapeutique seulement à cause de la nullité de son action physiologique, surtout quand il s'étaie sur une autorité aussi grande que celle de Giacomini. Il est donc nécessaire d'étudier, par de nouvelles expérimentations, la valeur réelle du bain électro-négatif.

L'électrisation par étincelles produit une sensation cutanée analogue à celle de la fustigation, et convient principalement dans les cas où il est nécessaire de stimuler légèrement la peau ; mais elle devient insuffisante, s'il est besoin d'une excitation très-vive. En effet, pour obtenir cette vive excitation, il faudrait recourir à l'électricité statique à forte tension, c'est-à-dire à la bouteille de Leyde, et il en résulterait des actions musculaires et des effets de commotion qui compliqueraient l'excitation cutanée, et contre-indiqueraient son emploi. Ainsi l'électrisation par étincelles est impuissante contre les anesthésies profondes et rebelles, et quand il est indiqué de produire instantanément une révulsion ou perturbation semblable à celle qui résulte de l'application du fer rouge sur la peau.

L'électrisation par les étincelles, par celles même qui proviennent de la machine électrique la plus forte et de l'emploi des excitateurs phériques, fait seulement contracter quelques muscles superficiels ou très-excitables, comme les peauciers, la moitié supérieure des sterno-mastoïdiens, le bord du trapèze et quelques muscles de la face. Pour que l'électricité statique atteigne les muscles en général, surtout quand ils sont protégés par un tissu cellulaire abondant, il est nécessaire d'agir à forte tension, au moyen de la bouteille de Leyde. Mais alors la commotion qui en résulte, et qui peut étendre son action sur les

centres nerveux, rend souvent cette opération dangereuse, sinon impraticable.

Quelque favorables que soient les conditions dans lesquelles on pratique l'électrisation musculaire par la bouteille de Leyde, il serait toujours imprudent d'exposer le sujet à plus de huit ou dix décharges. Il s'ensuit qu'il est impossible d'électriser tous les muscles quand la paralysie atteint un ou plusieurs membres.

Enfin cette opération est toujours douloureuse, car l'excitation cutanée, inséparable de l'électrisation statique, croît en raison de l'augmentation de la tension électrique.

En somme, l'excitation musculaire par l'électricité statique doit être exclue, selon moi, de la pratique, d'autant plus qu'elle peut être remplacée par un autre agent électrique, qui excite plus énergiquement et plus efficacement sur la contractilité musculaire, sans offrir aucun de ses inconvénients.

Il est cependant incontestable qu'on doit quelques succès, pour ainsi dire merveilleux, à l'électricité statique, qui pendant de longues années, a été presque exclusivement en usage dans la pratique médicale. Ces résultats prouvent seulement que certaines paralysies guérissent toujours sous l'influence de l'électricité, de quelque manière et sous quelque forme qu'on l'administre. Malheureusement ces guérisons rapides ont été tellement rares, que l'électricité ainsi administrée ne put supporter l'épreuve du temps, et fut plusieurs fois généralement abandonnée par les médecins, après avoir excité de leur part une sorte d'engouement.

2° *Propriétés thérapeutiques de l'électricité dynamique.* L'électricité dynamique, ainsi que je l'ai établi, peut limiter sa puissance dans la peau, dans chacun des muscles, dans les nerfs, dans les os, ou atteindre la plupart des organes les plus éloignés, est un des agents les plus précieux de la thérapeutique. En effet, grâce à ces propriétés spéciales, il est maintenant permis au médecin de diriger l'excitation électrique sur les organes malades, sans compromettre en même temps les organes sains.

Comme l'électricité du contact et l'électricité d'induction, qu'on a confondues sous le nom d'*électricité dynamique,* jouissent des propriétés essentiellement différentes, il est nécessaire d'étudier séparément l'action thérapeutique de chacune d'elles.

*Électricité du contact* (galvanisme). L'excitation galvanique qui est limitée dans la peau, et qui peut y produire, outre une sensation très-vive, un travail organique plus considérable, soit l'érythème, soit la vésication, soit enfin l'escharrification, répond à certaines indications spéciales. Elle convient, par exemple,

dans les cas où il est nécessaire d'obtenir à la fois une vive perturbation instantanée et une action durable, analogue à celle du moxa ou de la cautérisation par le fer rouge.

M. Matteuci, tirant des déductions thérapeutiques de ses vivisections, a conseillé l'emploi d'un courant continu, comme hyposthénisant du système nerveux dans le tétanos. Il dit qu'il est naturel de penser que le passage d'un courant continu électrique dans un membre tétanisé détruit cet état en amenant celui de la paralysie. Malheureusement la théorie du célèbre physicien repose seulement sur des vivisections, et j'ai prouvé précédemment que, chez l'homme sain, l'action hyposthénisante des courants continus n'est pas encore démontrée. Serait-on plus heureux sur l'homme malade? C'est ce que l'expérience décidera.

Les propriétés chimiques de l'électricité de contact peuvent être avantageusement appliquées à la thérapeutique.

On sait, en effet, quel heureux parti la chirurgie peut tirer de l'action coagulante du galvanisme sur le sang dans le traitement des anévrysmes.

M. Becquerel croit, en outre, que cette force chimique pourrait être employée dans certains cas chirurgicaux comme agent modificateur. Voici comment il s'exprime à ce sujet :

« L'électricité, agissant comme force chimique, a encore été peu employée, et cependant il est permis de croire que son action, dans certaines circonstances, doit être des plus énergiques. On a remarqué qu'il se produit, en général, dans les parties sur lesquelles sont appliqués les électrodes, une inflammation suivie quelquefois de suppuration. Ces effets peuvent être attribués soit à l'excitation résultant de la circulation du courant, soit à l'action décomposante du courant; car, du côté positif, il se dépose des acides; du côté négatif, des alcalis, qui doivent réagir sur les matières organiques avec d'autant plus d'énergie, que les éléments transportés sont plus corrosifs; néanmoins on peut tirer un parti avantageux des réactions produites, pour dénaturer des plaies, comme on le fait en employant la cautérisation.

« S'il s'agit d'un ulcère rebelle sécrétant des matières alcalines, pour faire changer cet état de choses, il faut appliquer sur la plaie l'électrode positif, afin de la rendre électro-positive, et d'y faire arriver continuellement des éléments acides. Si cet état est maintenu pendant un temps suffisant, on finit par forcer l'organe à sécréter des humeurs d'une nature entièrement opposée à celles produites dans l'état pathologique ; il est possible de faire rentrer ainsi cet organe dans l'état normal. »

Cette prétendue vertu thérapeutique de l'action chimique des courants galvaniques est encore à l'état de théorie. Cependant M. le docteur Crusel, de Saint-Pétersbourg, a annoncé à l'Académie qu'il a déjà appliqué avec succès le galvanisme à la destruction des cancers. Ces résultats seraient-ils dus à une modification organique occasionnée par l'action électro-chimique du courant galvanique, ou à une action de combustion, phenomène purement physique ? C'est une question thérapeutique à étudier.

La propriété que possède le galvanisme d'exciter vivement la rétine peut être utilisée dans le traitement des amauroses.

En raison même de cette propriété spéciale, l'électricité galvanique doit être appliquée à la face avec circonspection. La flamme qu'elle produit est tellement éblouissante, qu'elle pourrait compromettre la vue, si l'opération était trop longue, les intermittences du courant trop rapides, et le courant trop intense. En voici un exemple : Un malade atteint de paralysie faciale avait subi un grand nombre d'opérations électriques avec un appareil électro-dynamique (appareil d'induction à pile) et avec un courant rapide, sans éprouver de sensations lumineuses. Il est vrai que je ne plaçais jamais les excitateurs sur les nerfs sous-orbitaires ou frontaux, dans la crainte de provoquer une névralgie. Je l'opérai un jour avec un appareil galvanique, à un degré très-modéré, pendant cinq minutes. Dans quelque point que fussent placés les excitateurs, à la face et sur une partie du cuir chevelu, le malade perçut des flammes tellement éblouissantes et rapides, qu'il lui semblait, disait-il, que l'appartement était en feu. Après l'opération, ce malade avait perdu la vue du côté opéré, et cet état dura quelques minutes. C'est à cet accident que je dois la découverte de l'action spéciale du galvanisme sur la rétine; c'est ce qui me fit faire des recherches sur les propriétés différentielles des diverses sources électriques pour la production de la flamme. Je crois pouvoir en conclure que l'emploi du galvanisme doit être proscrit à la face, excepté dans les cas où il est indiqué d'agir sur la rétine, et encore faut-il en user avec circonspection.

La galvanisation musculaire ne doit être pratiquée qu'avec un courant intermittent. La plupart des paralysies du mouvement, celles surtout dans lesquelles la nutrition musculaire est altérée et la sensibilité diminuée, exigent l'emploi d'une batterie très-puissante. Dans ces cas, en effet, il ne faudrait pas moins de 100 à 120 piles de Bunsen pour développer la force que j'obtiens avec mes appareils d'induction dont je donnerai plus loin la description. Or, je n'ai pas besoin de faire ressortir tous les

dangers de l'action calorifique qui en résulterait et qui exciterait profondément les organes. D'ailleurs les appareils galvaniques (batteries de Cruikshank, de Bunsen, piles de Wollaston) sont difficilement applicables dans la pratique, soit à cause de leur volume, soit à cause de l'emploi des acides qu'ils nécessitent, soit à cause des gaz qui s'en dégagent. Enfin l'intensité de leurs courants est trop variable, pour être soumise à une graduation exacte et précise.

*Électricité d'induction.* L'électricité d'induction est le seul agent thérapeutique qui puisse produire instantanément la sensation cutanée la plus aiguë, qui cesse subitement avec l'opération, qui se gradue depuis le simple chatouillement jusqu'à la douleur la plus vive, soit en passant par tous les degrés intermédiaires, soit en passant subitement d'une extrême à l'autre sans jamais désorganiser la peau, ne laissant d'autre trace à sa surface qu'un léger érythème ou de petites élevures dues à l'érection des papilles. On conçoit qu'un tel agent puisse répondre à une foule d'indications, qu'on veuille rappeler la sensibilité comme dans les anesthésies, ou qu'on veuille seulement produire une révulsion ou une perturbation sur un point quelconque de la peau, comme dans les névralgies, les douleurs rhumatoïdes, etc., etc. Cette excitation cutanée peut être renouvelée fréquemment et portée sur tous les points de la surface du corps, même à la face, car elle ne laisse aucune trace visible après elle, et elle s'approprie au degré d'excitabilité de chaque individu, et même de chaque région du corps.

L'action chimique de l'électricité d'induction est tellement faible, qu'elle ne saurait servir à la coagulation du sang, dans le traitement des anévrysmes.

L'action élective de la sensibilité du courant de deuxième ordre sur la sensibilité de la peau est utilisée dans les cas où il est nécessaire de produire une vive révulsion cutanée, instantanée, par exemple, dans les anesthésies profondes et rebelles, et cela sans y laisser aucune trace visible après l'opération.

Le courant de deuxième ordre de l'appareil électro-magnétique, dont l'action spéciale sur la rétine a beaucoup d'analogie avec celle du galvanisme, ne doit, selon moi, être appliqué à la face, que dans les cas où il est indiqué d'exciter la rétine, sous peine de compromettre la vue des malades, ainsi que je l'ai dit précédemment. L'appareil Volta-électrique et le courant de premier ordre de l'appareil magnéto-électrique, excitant faiblement la rétine, sont peut-être insuffisants dans le traitement de l'amaurose ; mais, en raison même de leur peu d'action sur

la vue, ils me semblent devoir être préférés dans toutes les opérations électriques pratiquées sur la face ou sur le cuir chevelu.

L'électricité d'induction est celle qui convient le mieux à l'excitation musculaire dans le traitement des paralysies du mouvement, dans les affections choréiques : on peut, en effet, l'appliquer à la contractilité musculaire, sans produire de douleurs, sans craindre de surexciter le sujet, à quelque dose qu'on agisse, pourvu que les intermittences du courant soient assez éloignées les unes des autres.

Il est souvent besoin d'un courant des plus intenses dans le traitement de certaines affections musculaires, ainsi que je l'ai déjà fait. Dans ces cas, l'électricité d'induction est la seule applicable parce qu'elle n'exerce pas d'action calorifique, comme l'électricité de contact.

Enfin les appareils d'induction peuvent, sous un petit volume, agir sur la contractilité avec une puissance considérable; ce qui facilite singulièrement leur application.

Il résulte des considérations précédentes que chacune des sources électriques, dont je viens d'exposer les propriétés physiologiques et thérapeutiques, repond à des indications spéciales; il devient alors nécessaire d'introduire dans le langage des expressions différentielles qui indiquent clairement leur emploi.

Le mot électrisation ne devrait être employé que d'une manière générale. L'application de l'électricité de tension, de frottement, pourrait être appelée *électrisation statique*, et celle de l'électricité de contact conserverait le nom de *galvanisation*. Mais, sous cette dernière dénomination, on a jusqu'à présent désigné indifféremment, dans la pratique médicale, l'emploi de l'électricité de contact et de l'électricité d'induction.

On comprend les conséquences fâcheuses d'une telle confusion après les considérations électro-physiologiques et thérapeutiques que j'ai exposées dans ce travail.

Puisqu'il est nécessaire de créer un mot qui désigne exactement l'électricité d'induction ou son application, n'est-il pas permis de le tirer du nom du savant qui a découvert cette espèce d'électricité. Ainsi, de même que Galvani a laissé son nom à l'électricité de contact, de même aussi on peut, selon moi, donner à l'électricité d'induction le nom de *Faraday*. En conséquence, cette électricité serait appelée *faradisme*, et son application, désignée par le mot *faradisation*. Cette dénomination me paraît d'autant plus heureuse, qu'elle établit une dis-

tinction bien tranchée entre l'électricité d'induction et l'électricité de contact, en même temps qu'elle consacre le nom d'un savant à qui la médecine doit une découverte bien plus précieuse pour la thérapeutique que celle de Galvani.

---

6. *Mémoire sur la digitaline*; par MM. Homolle et Quévenne.

(L'Union médicale, Nos 60 et 61; 22 et 24 mai 1851.)

Nous nous proposons d'établir, dans ce mémoire, que la digitaline est le seul principe actif de la digitale, qu'elle en présente bien toutes les propriétés thérapeutiques, et que la constance de ses effets lui donne, sur les préparations pharmaceutiques de la digitale, un avantage incontestable.

Examinons, d'abord, quelles sont les propriétés physiologiques et thérapeutiques attribuées à la digitale par les nombreux observateurs qui ont consacré à son étude des travaux plus ou moins importants.

On a reconnu à la digitale:

1° Une action éméto-cathartique constante, lorsqu'elle est administrée à dose assez élevée;

2° Une action diurétique assez généralement observée, quoique plus rare;

3° Enfin, une action toute spéciale et très-remarquable sur la circulation.

De plus, elle provoque une légère excitation cérébrale caractérisée par des éblouissements, des vertiges, de la céphalalgie, de l'insomnie et du délire.

Enfin, comme les médicaments dits altérants, elle imprime aux sécrétions et au mouvement de résorption interstitiel une suractivité d'où résulte l'amaigrissement.

Parmi ces effets physiologiques divers, revenons au phénomène qui intéresse le plus le médecin, l'action sur le cœur; cette propriété essentielle qui classe la digitale à part parmi les agents de la matière médicale.

La digitale est, avant tout, un modificateur de l'organe central de la circulation, mais est-il possible de pénétrer plus intimement dans la nature de cette modification, de préciser le mode de cette action, et par suite les indications qu'elle est appelée à remplir?

Les médecins français, en général, considèrent la digitale comme un sédatif de la circulation.

La plupart des médecins anglais lui reconnaissent une propriété primitivement excitante sur l'action du centre circulatoire, qu'elle ne déprimerait que secondairement.

Rasori place la digitale au premier rang des contro-stimulants, et en fait un succédané de la saignée.

Jœrg de Leipsick, à qui l'on doit une série d'expérimentations très-bien faites sur les agents de la matière médicale, conclut de ses études sur la digitale, que ce n'est que consécutivement qu'elle détermine la dépression du système vasculaire.

W. Hutchinson, qui s'est livré sur lui-même à des expériences consciencieuses et persévérantes, a constaté l'augmentation primitive de l'action du cœur, suivie de la dépression et du désordre de cette fonction.

Ne peut-on pas concilier l'apparente contradiction que semblent impliquer les résultats proclamés par des observateurs également habiles et consciencieux ?

Le mot sédatif, si souvent appliqué à la digitale, ne peut être pris dans le sens général et absolu de tempérant et de calmant, car la diminution de fréquence des battements du cœur, observée après l'administration de la digitale, chez une personne dont cet organe fonctionne régulièrement, s'accompagne toujours d'une certaine augmentation dans leur force d'impulsion, et ne peut être assimilée à une véritable sédation. Celle-ci, pour se manifester, suppose nécessairement un mouvement désordonné, une pertubation fonctionnelle du cœur, préexistant à l'emploi de la digitale.

La digitale ne déprime donc pas l'action du cœur, ne fait pas baisser le diapason de sa contractilité, et le ralentissement qu'elle détermine dans les mouvements de cet organe ne doit pas être pris pour synonyme de ralentissement de la circulation. Nous devons faire observer que dans l'esprit d'un grand nombre de praticiens les idées de sédation et de ralentissement de la circulation sont synonymes et corrélatives à la diminution de fréquence des battemens du cœur.

Enfin on a trop souvent confondu l'action physiologique résultant de l'administration de doses exactement suffisantes à produire des effets appréciables, avec l'action perturbatrice provoquée par des doses exagérées ou bien l'effet primitif propre à l'agent thérapeutique et l'effet secondaire ou consécutif, dépendant de la réaction de l'organisme momentanément modifié.

Et d'abord les observations les plus exactes sur l'action de la digitale mentionnent l'augmentation de force d'impulsion en même temps que la diminution de fréquence des battements du

cœur; ensuite le ralentissement de la circulation n'est pas nécessairement en rapport avec celui du pouls.

A l'appui de cette opinion, il suffirait de rappeler la fréquence du pouls pendant l'agonie, dans l'asphyxie, l'asthme et autres états pathologiques où il est de la dernière évidence que la circulation est profondément entravée; mais pour étayer cette induction par l'observation directe, nous avons pendant les années 1848 et 49, et pour toutes les saignées pratiquées par nous, essayé de comparer la vitesse d'écoulement du sang avec le nombre des pulsations, et nous avons en effet constaté que, toutes choses égales d'ailleurs, diamètre de la veine, largeur de l'ouverture pratiquée par la lancette, degré de compression du bras, etc., etc., le sang pouvait, avec une fréquence de 110-120 pulsations et au-delà, présenter un écoulement lent, que les contractions musculaires du malade étaient insuffisantes à activer, et qui réclamait l'impusion auxiliaire d'une pression exercée de bas en haut sur l'avant-bras, pour pousser le sang vers l'ouverture de la veine; tandis qu'avec un pouls au-dessous de 60, il nous est souvent arrivé d'obtenir un jet vigoureux, témoignage certain de la rapidité de la circulation (1).

La dureté et la plénitude du pouls étaient les indices les plus assurés d'une circulation rapide, quelle que fût d'ailleurs la nature de la maladie qui avait réclamé l'emploi de la saignée.

La force d'impulsion et la régularité dans le rythme des battements du cœur sont donc des éléments plus essentiels d'une circulation rapide que la fréquence du pouls.

D'où nous conclurons que la digitale augmentant l'impulsion et la force des contractions du cœur, en même temps qu'elle en diminue le nombre, doit activer la circulation loin de la ralentir, au moins comme effet primitif.

Les médecins ne nous paraissent donc pas dans le vrai en prenant le nombre des pulsations artérielles comme mesure de la vitesse de la circulation, et l'observation clinique nous a paru confirmer les résultats mentionnés plus haut. Ainsi l'endocardite et l'hypertrophie du cœur, sans altération des orifices cardiaques, contr'indiqueraient, d'après nos remarques, l'emploi de la digitale, tandis que l'influence de ce médicament serait des plus efficaces dans la dilatation de cet organe, avec lésion des valvules et des orifices, entraînant avec la petitesse et l'irrégularité

(1) On ne doit pas oublier que notre unique but est de démontrer qu'il n'y a pas de rapport nécessaire entre le nombre des pulsations artérielles et la rapidité de la circulation.

du pouls, une gêne considérable de la circulation, la diminution des urines et l'infiltration du tissu cellulaire. Enfin ce serait dans les perturbations profondes, mais presque exclusivement fonctionnelles de l'action contratile du cœur que ses effets seraient les plus remarquables.

Il ne faut pas, en thérapeutique et dans l'étude des agents fournis par la matière médicale, confondre l'action physiologique obtenue de l'administration de doses rationnelles d'un médicament, avec l'action perturbatrice provoquée par des doses exagérées; c'est l'erreur dans laquelle est tombée, selon nous, l'école razorienne, qui n'administrant les médicamens qu'à des doses élevées, n'obtient que des effets perturbateurs; confondant ainsi les agents thérapeutiques les plus divers et arrivant fatalement à ne voir dans les médicaments que des stimulants et des contro-stimulans, comme elle n'avait voulu admettre que des maladies par excès ou par défaut de stimulus. Certes, un tel système, classant en deux catégories les agents si divers de la matière médicale et les courbant sous ce niveau ennemi de tout progrès, serait la ruine de la thérapeutique et annihilerait toute étude sérieuse sur les propriétés spéciales des médicaments.

Pour faire concorder les faits dans lesquels les observateurs ont constaté l'augmentation de force et d'impulsion du cœur avec ceux dans lesquels d'autres médecins ont noté la mollesse, la dépression et la petitesse du pouls comme effet de la digitale, il nous serait facile de montrer par une analyse impartiale des observations rapportées, que tantôt c'est l'effet primitif du médicament qui a frappé l'observateur, tantôt, comme dans le second cas, c'est l'effet secondaire ou de réaction à la suite de doses élevées qui a fixé exclusivement son attention.

Un exemple vulgaire fera mieux ressortir la distinction que nous cherchons à établir. Personne n'ignore que la surexcitation et l'insomnie provoquées par le café sont constamment suivies d'affaissement intellectuel et de somnolence.

Quoi qu'il en soit, ces faits donnent au moins, si nous ne nous trompons, la clef des variations que le thérapeutiste est si exposé à rencontrer dans l'administration des médicaments et en particulier de la digitale.

Il est une autre cause d'incertitude dans l'appréciation des effets de la digitale, que nous devons aussi rappeler. Tout agent médicamenteux possède une force virtuelle qui, pour se manifester, a besoin de rencontrer un organisme apte à recevoir l'impression et à réagir sous son influence. S'il n'est pas de praticien qui n'ait rencontré quelques sujets tellement impressionnables à

l'action de tel ou tel médicament, que la plus faible dose suffit à déterminer des effets excessifs ; combien, à côté de ces idiosyncrasies que nous nommerons positives, les médecins n'en obtiennent-ils pas que l'on pourrait dire négatives, c'est-à-dire réfractaires, soit organiquement (et si l'on nous permet cette expression) nativement, soit passagèrement et sous l'influence de la maladie, aux doses les plus élevées des médicaments les mieux éprouvés.

Cette considération doit nous tenir en garde contre le scepticisme si commode dans lequel on voit se réfugier trop de bons esprits, en nous démontrant qu'en thérapeutique des faits négatifs ne doivent jamais infirmer un fait positif bien observé.

En résumé, nous sommes autorisé à conclure :

1° Que la digitale est avant tout un modificateur de l'action du cœur, un régulateur de la circulation ;

2° Que c'est à l'activité imprimée à la circulation, à la régularisation de l'action du cœur troublée pathologiquement, que sont dus les principaux phénomènes consécutifs à son administration ;

3° Que l'action sédative attribuée à cet agent thérapeutique ne doit être acceptée que comme exprimant le retour à l'état normal des mouvemens désordonnés du centre circulatoire ou la dépression consécutive à son action primitivement excitante sur cet organe.

Pour établir que la digitaline présente bien réellement toutes les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la digitale, il nous suffirait de rappeler les expériences relatées dans notre premier mémoire (voir le *Journal de chimie et de pharmacie*, numéro de décembre 1844) ; mais les faits recueillis depuis par nous, sans parler des observations prises dans plusieurs services des hôpitaux, étant venus confirmer de plus en plus nos premiers résultats, nous croyons devoir en rapporter quelques-uns qui, à un certain intérêt, réunissent l'avantage de démontrer clairement une et quelquefois plusieurs des propriétés physiologiques de l'agent que nous avons étudié.

Quant à l'intolérance de la digitaline, nous ne l'avons rencontrée que trois fois sur plus de soixante personnes à qui nous avons administré ce médicament, et dans ces trois cas il nous a suffi de suspendre la digitaline ou même seulement d'en diminuer la dose pour faire cesser aussitôt tout accident.

*Affection puerpérale; vomique; — anasarque avec hématosurie; — épanchement dans les cavités splanchniques; — administration de la digitaline; — action régulatrice du cœur; — action diurétique très-marquée; — action altérante.*

Obs. I. — Mad. M..., 26 ans, de bonne santé habituelle, après deux accouchements heureux, accouche pour la troisième fois le 13 mars 1841. La sortie du bras, lors de la rupture des membranes avant tout travail préalable, force de faire la version pour terminer l'accouchement. Cette manœuvre est longue et difficile, et l'enfant était mort lorsque la tête franchit la vulve; l'accouchée n'éprouva cependant pas d'accidents immédiats. Elle avait pu même commencer de se lever et de s'occuper de son ménage, lorsque, dans les premiers jours d'avril, elle fut prise d'une bronchite générale accompagnée d'expectoration muqueuse extrêmement abondante, avec fièvre, oppression, perte de l'appétit, diarrhée. Tous ces symptômes s'aggravèrent rapidement; bientôt la dyspnée ne permit aucun repos à la malade; une expectoration séro-purulente, survenue brusquement avec une extrême abondance, fit soupçonner la fonte de tubercules ou la formation d'un abcès dans le parenchyme pulmonaire; l'auscultation laissait d'ailleurs ce dernier point douteux, un gargouillement étendu masquant tout autre signe; toutefois, les régions sous-clavières ne présentaient aucun signe stéthoscopique, et le tiers moyen du poumon gauche, en arrière, parut le siége spécial de cette affection qui, pendant tout le mois d'avril, continua de présenter la même gravité, déroulant dans sa marche tout le cortége des symptômes propres à la dernière période de la phthisie pulmonaire : amaigrissement, fièvre hectique, diarrhée, sueurs nocturnes, expectoration purulente et quelquefois sanguinolente. Cependant, les jours de mai amenèrent quelque amendement; l'appétit revint, l'expectoration diminua, les sueurs et la diarrhée cessèrent, les forces parurent renaître, et la malade put faire une ou deux promenades en voiture. Le 16 mai, une oppression très-grande survenait brusquement, et le bras gauche présentait un gonflement considérable, avec endolorissement et gêne des mouvements; les pieds et les jambes gonflèrent à leur tour; les séreuses splanchiques devinrent le siége d'épanchements considérables, et la dyspnée fut bientôt telle, que la malade, ne pouvant plus s'appuyer sur ses oreillers, était forcée, pour obtenir quelques instants de calme, de poser en avant son front sur un coussin tendu transversalement devant elle. En même temps, les urines devenaient rares, présentaient une couleur légèrement

brunâtre, louche comme un bouillon peu clair, dont elles offraient également l'odeur, et contenaient une proportion considérable d'albumine coagulable par l'ébullition. Le pouls devint petit, filiforme, d'une fréquence qui ne permettait pas de le compter; bientôt même, l'urine contint la matière colorante du sang, que le repos laissait en partie déposer au fond du vase sous forme pulvérulente d'un rouge vif. Cet état s'aggrava encore les jours suivants sous l'influence des purgatifs drastiques conseillés par un charlatan.

Le 19 juillet, la malade n'avait pu, depuis plus de dix jours, s'appuyer sur ses oreillers, et n'avait joui que de courts instants de demi-repos; les jambes avaient acquis un volume énorme; la peau amincie, lisse et tendue, semblait menacer de se rompre; la malade ne pouvait ni les soulever, ni les bouger. Huit piqûres furent faites aux côtés des deux jambes, et laissèrent écouler une sérosité limpide comme de l'eau, et tellement abondante, que, malgré les précautions prises, le lit fut complétement traversé et le plancher inondé; en même temps, le lait d'amandes fut donné pour seule boisson; les urines devinrent plus abondantes et moins colorées et ne gardèrent bientôt plus trace de sang; les piqûres, renouvelées le 27 juillet et le 2 août, firent disparaître complétement l'anasarque. La malade, moins oppressée, put s'appuyer sur le côté droit, et trouva un peu de sommeil; il restait encore une petite toux sèche, et la soif était toujours vive.

Le 4 août, les jambes indiquaient, par leur maigreur, l'écoulement complet du liquide infiltré; des frictions huileuses sont pratiquées pour assouplir la peau raccornie et écailleuse, et l'on applique sur chaque jambe une bande roulée remontant de l'extrémité des orteils jusqu'aux genoux; ce bandage est bien supporté et renouvelé les 6, 7, 8 et 9 août.

Le 10, le retour de l'oppression force de l'enlever. La malade accuse un point de côté à gauche en dehors de la mamelle, accompagné de battements de cœur. Il y a perte de l'appétit, avec soif vive et diarrhée, et les urines diminuent de quantité en même temps qu'elles contiennent de nouveau la matière colorante du sang en suspension. Toux, orthopnée, pouls filiforme, battements du cœur sourds et tumultueux, tellement irréguliers et fréquents, qu'il est impossible de les compter. Tout le côté gauche présente à la percussion une matité presque complète, et l'oreille perçoit de l'égophonie en arrière vers l'angle de l'omoplate; deux vésicatoires volants sont appliqués successivement à la région précordiale sans amener d'amélioration;

le pouls, toujours filiforme, ne peut être compté ; l'oppression ne permet pas à la malade de s'appuyer sur ses oreillers ; les urines sont toujours rares ; enfin, la région précordiale présente une matité évidente dépassant 12 centimètres de diamètre ; c'est dans ces conditions que le 12 août la digitaline est administrée à la dose de 2 milligrammes, à renouveler trois fois dans les vingt-quatre heures.

Le 13, la malade a rendu, depuis la veille, trois litres d'urine limpide ; l'orthopnée a cessé, ainsi que la diarrhée, et Mad. M... accuse de l'appétit ; nous comptons 120 pulsations assez régulières.

Deux milligrammes de digitaline trois fois dans la journée ; le soir, le pouls est à 96, large et développé, avec quelques intermittences ; les urines ont été très-abondantes ; la matité est sensiblement moindre au côté gauche ; appétit ; peu de soif ; pas de diarrhée ; quelques tiraillements d'estomac.

Le 14, pouls est large, à 54, avec intermittence ; une pulsation manque après 15 ou 16 régulières ; le décubitus est possible des deux côtés ; il y a eu du sommeil, et les urines ont été aussi abondantes, mais un peu plus colorées. — Même prescription.

Le 15 l'épanchement paraît complétement résorbé ; le pouls est remonté à 96 ; il y a quelques nausées.

La digitaline est prescrite à la dose de 2 milligrammes seulement, matin et soir.

Le 16, 80 pulsations ; les jambes n'offrent pas de gonflement bien appréciable ; les urines contiennent un peu de matière colorante du sang. — Même prescription.

Le 17, 90 pulsations ; urines moins abondantes et rouges ; deux selles avec borborygmes ; l'appétit est moindre ; on cesse la digitaline.

Le 18, 90 pulsations ; diarrhée bilieuse avec coliques très-douloureuses ; inappétence ; les urines ont diminué des trois, quarts, et contiennent toujours du sang ; somnolence.

Le 19, 90 pulsations ; continuation de la diarrhée.

Le 20, cessation des coliques et retour de l'appétit ; urines plus abondantes et moins colorées. La malade peut se lever un instant et faire quelques pas dans la chambre.

Le 21, 22, et 23, les urines redeviennent sanguinolentes, le pouls est remonté à 104 ; régime lacté et émulsion d'amandes douces.

Le 24, 108 pulsations ; battements du cœur régulier ; urines moins rouges et plus abondantes. A l'auscultation, le bruit res-

piratoire présente une prédominance de l'expiration sur l'inspiration ; la voix n'est altérée dans aucun point de la poitrine. A partir de ce moment, la convalescence suivit une marche progressivement régulière, et Mme M... revint à une santé qui s'est maintenue jusqu'à ce jour, malgré une grossesse et une couche dont les suites ont été heureuses.

Cette observation est assurément une de celles où les propriétés de la digitaline se sont montrées de la manière la plus évidente et la plus heureuse : influence sur la circulation, action diurétique et altérante, tolérance assez large pour permettre une modification considérable de l'état pathologique. Le médecin serait trop heureux de rencontrer souvent des faits thérapeutiques aussi concluants.

*Affection du cœur ; — catarrhe suffocant ; — trouble profond de la circulation ; — anasarque ; — administration de la digitaline ; — action régulatrice de la circulation.*

Obs. P..., garçon limonadier, âgé de 50 ans, de constitution robuste, sujet depuis deux ans à des indispositions presque continuelles, palpitations, toux, étouffements, enflure des jambes, pour lesquelles il avait suivi plusieurs traitements, entra le 22 février 1848 à la Maison de santé du faubourg Saint-Denis, dans le service de M. Monod, pour un érysipèle très-grave de la face ; il en sortit le 1er avril, conservant encore de la faiblesse, de la bouffissure et des douleurs lombaires ; il passa un mois à la campagne, revint à Paris bien portant et sans aucune enflure des extrémités. Le 7 mai il reprit ses occupations ; mais dès le second jour les palpitations revenaient, ainsi que l'étouffement ; les urines étaient plus rares, et cinq jours après l'infiltration des jambes, la toux, la dyspnée, le forçaient de cesser tout travail.

Le 16, mai, il est admis à la Charité, salle St-Michel, n° 26.

Le 17, on observe l'état suivant : orthopnée, toux presque incessante ; étourdissements, trouble de la vue, tintements d'oreilles ; bouffissure de la face, qui est livide ; infiltration des cuisses et des jambes, peau froide et couverte d'une sueur visqueuse, pouls filiforme. Le malade a été forcé de passer la nuit sur une chaise et ne peut garder d'autre position que celle assise. La région précordiale présente une matitée étendue ; les battements du cœur sont profonds, tumultueux, inégaux, irréguliers, et si fréquents qu'il est impossible de les compter. La poitrine offre des deux côtés, à la partie postérieure, des râles sibilants ou ronflants. Malgré les applications de ventouses scarifiées, puis de

vésicatoires volants sur la région précordiale, l'administration de potions purgatives et de boissons variées ; malgré l'influence du repos, l'orthopnée, la toux, les palpitations continuent, les urines sont toujours aussi rares, et l'infiltration n'a pas diminué.

Le 23, M. Rayer prescrit trois granules de un milligramme de digitaline, à faire prendre chaque jour en trois fois. Immédiatement une diurèse abondante a lieu, la dyspnée diminue, ainsi que l'infiltration.

Le 26, l'amélioration est telle, que le malade a pu s'appuyer sur ses oreillers et dormir quelques heures la nuit.

Le 30, il peut rester levé une grande partie de la journée; l'infiltration a presque disparu, les urines continuent d'être très-abondantes. Les battements du cœur sont profonds, forts, irréguliers et inégaux ; râle ronflant à la partie postérieure de la poitrine: pouls assez développé, encore inégal et irrégulier, battant 54 fois par minute. Les jours suivants, P... peut aider au service de la salle et descendre dans les cours ; l'appétit revient, le pouls descend à 48 ; les battements du cœur deviennent plus réguliers, et le 14 juin le malade, que nous n'avons pas perdu de vue, quitte l'hôpital pour reprendre quelques jours plus tard ses occupations, qu'il n'a pas été forcé d'interrompre depuis. Seulement, il lui faut revenir de temps à autre à l'usage des granules de digitaline, et deux fois il a eu recours à la saignée.

Ici encore l'action de la digitaline a été telle, qu'elle n'a pu laisser le moindre doute dans l'esprit de tous ceux qui ont suivi le malade. Régularisation de l'action du cœur, qui devient plus énergique, calme correspondant de la respiration, diurèse, résorption de l'infiltration séreuse, convalescence rapide. Un médicament qui, à la dose de 3 milligrammes par jour, produit de tels résultats, ne peut être rejeté parce qu'il aura échoué dans des cas où l'indication n'aura pas été aussi bien saisie.

*Hypertrophie du cœur, avec lésion des orifices ; — pneumonie catarrhale ; — anasarque; — administration de la digitaline à la dose de 3 milligrammes par jour ; — action régulatrice de la circulation ;—action sur l'encéphale.*

Obs. III. — Reinsch, raffineur de sucre, 59, faubourg Saint-Jacques, 65 ans, d'une taille élevée, constitution des plus robustes. Cet homme, qui ne rend pas parfaitement compte de la manière dont a commencé sa maladie, est depuis trois à quatre ans dans un état de santé qui ne lui permet pas de travail assidu; essoufflé pour le moindre exercice, il se plaint de toux, d'insom-

nie habituelle, mais conserve l'appétit, et son embonpoint n'a pas sensiblement diminué. Quatre fois déjà, depuis cette époque, il a dû prendre le lit pour deux et trois mois, lorsque, à ces accidents habituels, se joignait une affection pulmonaire aiguë, déterminant toujours alors l'orthopnée et l'infiltration des membres inférieurs.

Le 12 mars 1845, nous fûmes appelé à lui donner des soins; deux à trois jours avant, à la suite d'un refroidissement, il avait été pris de point de côté à gauche, un peu au-dessous et en dehors du mamelon. L'oppression est excessive; le pouls inégal, irrégulier et petit, au point de ne pouvoir être compté; la région du cœur présente une matité très-étendue, avec voussure considérable; la main, appliquée sur cette région, perçoit un frémissement très-marqué et un désordre extrême dans les mouvements de l'organe; l'oreille ne saisit qu'un bruit de souffle rude répondant au premier bruit. Râle crépitant à grosses bulles dans les deux poumons. Le malade ne peut rester couché, et a déjà passé deux nuits assis sur le bord de son lit; les jambes sont infiltrées, et le ventre assez volumineux, offre peu de sonoréité à la partie inférieure, où l'on perçoit une fluctuation obscure.

Vésicatoires volants à la région précordiale; laxatifs, diurétiques, kermès; amélioration légère, quant à la toux; retour de l'appétit; mais la dyspnée est toujours aussi pénible; l'anasarque augmente à cause de la nécessité où est le malade de rester assis constamment sur le bord de son lit; les divers diurétiques employés n'ont d'ailleurs aucune influence appréciable sur la sécrétion urinaire. C'est dans ces conditions que le 19 mars nous prescrivons la digitaline à la dose d'un milligramme trois fois par jour. L'auscultation pratiquée à ce moment, fournissait les signes suivants:

Bruit de souffle tumultueux, inégal, et tellement irrégulier ou plutôt désordonné, qu'il est impossible d'y saisir un rythme quelconque. Le pouls répond à ce désordre profond de la circulation cardiaque; il est filiforme, sans pulsations distinctes et appréciables.

Le 20, le malade nous annonce avoir été moins oppressé; il a uriné davantage, et nous pouvons constater, dans l'état du pouls, quelque chose de plus régulier. Les battements du cœur sont moins tumultueux; mais il n'a pas encore pu mettre les jambes dans le lit.

Le 21, au matin, nous sommes étonnés des changements survenus dans la circulation; le cœur bat à peu près régulièrement, ou tout au moins il est possible de séparer les bruits systolaires

et diastolaires, bien que les premiers soient encore masqués par un bruit de souffle prolongé : nous comptons 92 pulsations assez développées ; la respiration est beaucoup plus facile, et le malade accuse un bien-être inaccoutumé.

La digitaline est continuée, et nous permettons du bouillon et un petit potage ; l'amélioration se soutient dans la journée, et le malade parvient à se coucher ; urines abondantes ; l'infiltration commence à diminuer d'une manière sensible.

Le 22, il y a du sommeil ; le pouls est régulier, à 84 ; les battements du cœur sont encore masqués par le souffle, mais réguliers et énergiques. Nous continuons la digitaline et l'alimentation est augmentée. L'amélioration fait sous tous les rapports des progrès rapides ; mais le malade se plaint d'avoir éprouvé des éblouissements, de la céphalalgie et des rêvasseries ; sa femme nous dit avoir remarqué par moments un véritable délire. On continue cependant la digitaline à la dose de 3 milligrammes ; mais les éblouissements reparaissent ainsi que la céphalalgie ; et le malade se lève dans la soirée sous l'influence d'un véritable délire.

Ne pouvant, au milieu de l'amélioration considérable observée chez le sieur R..., attribuer ces phénomènes à une autre cause qu'à l'action de la digitaline chez un sujet doué d'une impressionnabilité exceptionnelle, nous nous bornons à réduire la dose à un milligramme pendant trois jours, ce qui suffit pour faire cesser les accidents, puis à la reporter à 2 milligrammes par jour.

Ce traitement, suivi longtemps, rendit au sieur R... la somme de santé compatible avec une hypertrophie considérable du cœur, et lui permit de faire des courses assez longues, jusqu'à l'époque de son admission à l'hospice de la vieillesse, où nous avons appris qu'il a succombé dans le courant de l'année 1847.

La digitaline, dans le cas que nous venons de rapporter succinctement, a montré de la manière la plus évidente, son action modificatrice sur le centre circulatoire ; en deux jours la régularité remplaçait le désordre de cette importante fonction, et consécutivement la respiration s'exécutait avec facilité, l'infiltration séreuse était rapidement résorbée et la sécrétion urinaire augmentée.

Enfin quelques phénomènes cérébraux témoignaient de l'influence de l'agent thérapeutique sur les centres nerveux.

Cette observation est une de celles où les effets physiologiques de la digitaline nous ont paru se manifester avec la plus grande évidence.

(*La suite à un prochain numéro.*)

7. *Réflexions sur deux tentatives d'application des cataplasmes galvaniques faites contre l'angine de poitrine et des accès fébriles périodiques ;* par le docteur JULES MASSÉ.

(Journal des Conn. médico-chirurg., juin 1851.)

Si nous avons donné place, dans ce journal, aux cataplasmes galvaniques, c'est que, à nos yeux, le premier devoir de la presse est d'instruire ses lecteurs de tout ce qui est de nature à les intéresser et à leur être utile ; c'est aussi que la recommandation d'un homme aussi haut placé dans la science que M. Récamier devait nous inspirer une confiance à laquelle nous étions loin d'être tout d'abord disposé ; enfin, c'était un moyen si simple que ces paillettes de zinc et de cuivre superposées, que nous nous disions que nos confrères pourraient faire fabriquer sous leurs yeux ces petits appareils, et qu'avant peu ils pourraient être fixés sur leur valeur thérapeutique. Aujourd'hui il ne nous est plus permis de garder le silence, il ne nous est plus permis de ne pas porter un jugement sur ces appareils. L'industrie vient de s'emparer de l'idée mise en avant par M. Massé et M. Récamier, et avant peu, grâce aux réclames de la presse politique et médicale, il serait à craindre que des idées fausses ne fussent jetées en circulation à cet égard. Il est bien vrai que M. Récamier a publié plusieurs cas favorables à l'emploi de ce moyen ; il vient même de publier, dans la *Gazette des hôpitaux*, deux observations, l'une d'accès fébriles périodiques, l'autre d'angine de poitrine, l'une suivie de guérison, l'autre calmée pendant cinq jours. M. Récamier a de plus modifié son appareil : au lieu de paillettes de zinc et de cuivre, il se sert maintenant de rubans de chacun de ces métaux, qu'il superpose en séparant chaque couple, zinc et cuivre, par une rondelle de laine, en sorte que l'appareil galvano-électrique dont il se sert forme, suivant son expression, une véritable pile à colonnes, malléable, portative, facilement applicable et d'une force calculable. Eh bien ! il nous en coûte de le dire, mais c'est le résultat de notre expérimentation : les cataplasmes galvaniques de M. Récamier, présentés au galvanomètre le plus sensible, ne révèlent pas la moindre électricité libre : de sorte qu'en admettant, ce qui est probable, que l'électricité est produite par la présence de ces couples métalliques, il faut admettre en même temps qu'il y a recomposition immédiate ; d'où il suit que si les malades de M. Récamier ont été soulagés par ce moyen, c'est qu'ils doivent leur soulagement à une influence morale ou bien à toute autre chose, à une simple coïncidence, mais nullement à l'action de l'électricité.

Qu'on veuille bien le remarquer, d'ailleurs, c'est contre des affections éminemment fugaces et fugitives, variables dans leur apparition comme dans leur cessation, que M. Récamier a obtenu les succès qui lui ont fait prôner ce nouveau moyen ; de sorte qu'il n'est pas étonnant qu'il ait fait à ce remède l'honneur d'une terminaison dont la nature avait certainement la seule part. Nous savons que des expériences sont entreprises, en ce moment, à la Charité, avec ces prétendus appareils galvaniques ; quand ces expériences seront arrivées à leur conclusion, nous en reparlerons ; mais nous n'avons pas voulu laisser plus longtemps nos lecteurs sous le coup d'une déception ou d'une illusion de nature à compromettre leur réputation auprès des malades.

Je laisse toutes les personnalités de côté, et j'entre résolument au cœur de la question.

« Il nous en coûte de le dire, vous écriez-vous, mais c'est le « résultat de notre expérimentation : les cataplasmes galvani- « ques de M. Récamier, présentés au galvanomètre le plus sen- « sible, ne révèlent pas la moindre électricité libre. »

Il m'en coûte de signaler une erreur, Monsieur, mais j'affirme tout le contraire de ce que vous avancez. Je ne sais ni quel était votre galvanomètre, ni de quelle manière vous lui avez présenté les disques, ni comment étaient faits les disques que vous avez essayés, mais ce que je puis vous certifier, c'est qu'entre nos mains les disques pris au hasard et soumis au galvanomètre, ont une telle action, que non-seulement ils produisent une déviation de l'aiguille, mais qu'ils lui font faire le tour entier du cadran.

Notre galvanomètre a été confectionné par M. Pixii, fabricant d'instruments de physique, qui apporte à ses appareils une consciencieuse précision ; avec lui, point de causes d'erreur, point d'illusion possible. Ce galvanomètre se compose de deux aiguilles aimantées parallèles, tenues en suspension au milieu d'un cadran gradué ; au-dessous des aiguilles est établie une bobine de fil isolée, ce que les physiciens appellent un multiplicateur. La bobine a trente ou quarante tours de fil au plus. Il n'est donc pas d'une excessive sensibilité. Aux deux extrémités du fil qui forme cette bobine, nous attachons par leurs anneaux respectifs les deux disques de l'appareil Récamier, nous trempons dans une eau légèrement acidulée un petit morceau de flanelle, nous l'appliquons sur l'un des disques et nous accolons les disques l'un à l'autre. A chaque pression de ces deux piles l'une contre l'autre, ayant la flanelle humide pour intermédiaire, la double aiguille tourne et démontre l'électricité libre que vous

n'avez pas pu trouver. MM. les professeurs Andral et Nélaton, les docteurs Robert, Pinel, Martin-Lauzer, Guillet, Phillips, Aubert, Maison-neuve, Charmasson, Vuiton, Dupré de Toulouse, Aliès de Luxeuil, Combault de Versailles, etc., etc., ont été les témoins successifs de la démonstration que je décris. Au reste, je suis prêt à renouveler les expériences, où vous voudrez, quand vous voudrez, tant que vous le voudrez.

« Si les malades de M. Récamier, dit encore votre article, « ont été soulagés par ce moyen, c'est qu'ils doivent leur son- « lagement à une influence morale ou bien à toute autre chose. »

Vous ne mettrez pas en doute, Monsieur, je le suppose, l'efficacité du fluide électrique, employé comme moyen curatif contre certaines affections ; car l'année dernière, si j'ai bonne mémoire, j'ai lu dans votre Bulletin, un article fort approbateur sur des études spéciales commencées par l'un de vos amis à l'hôpital de la Charité. Cette fois, la complicotion des appareils employés ne vous avait causé aucune répugnance, *o amicitia !* Je l'avoue, l'appareil Récamier ne verse l'électricité que goutte à goutte, en quelque sorte, tandis que la plupart des autres instruments la fournissent pour ainsi dire à plein jet ; mais en laissant ce petit appareil appliqué plusieurs heures de suite, on arrive à une dose suffisante d'électricité : ce n'est là qu'une affaire de temps. Je vais plus loin : à mon avis, il en est de l'électricité comme de la chaleur ; on se chauffe mieux devant un feu modéré que devant un feu trop ardent : l'un pénètre et ravive, le second frappe et brûle. Ainsi, de l'électricité, croyez-le bien, les courants doux et continus, supportés 6, 12, 24 heures de suite, sont plus efficaces que les secousses perturbatrices fournies pendant 20 ou 30 minutes par les instruments dont on se sert communément.

Je le dis souvent, je l'ai écrit à diverses reprises, l'électricité n'est point une panacée universelle ; ce n'est pas un moyen thérapeutique applicable à tous les cas sans distinction ; mais toutes les fois que l'emploi de l'électricité sera logiquement indiqué, pour stimuler la contractilité musculaire, pour modifier le système nerveux, pour réveiller les lymphatiques endormis et faire fondre des ganglions passivement engorgés, bref, toutes les fois que les courants électriques pourront, devront rendre service, les appareils électro-galvaniques auront un effet certain. Là-dessus je puis être net et précis : j'ai expérimenté, j'ai constaté, j'ai vu.

Suivant vous, Monsieur, ces succès de l'appareil n'ont eu lieu que contre des affections *fugaces* et *fugitives*, et alors, dites-vous, il n'est plus étonnant que M. Récamier ait fait à son remède

l'honneur d'une terminaison dont la nature avait certainement la seule part.

A cette négation, Monsieur, souffrez que je réponde par quelques observations qui vous feront revenir, je l'espère, sur la rigueur de ce premier jugement.

*Paralysie douloureuse et rhumatismale de l'avant-bras.*

Obs. I. — M^lle de L... a 25 ans.

Elle est grande, forte, d'un tempérament manifestement lymphatique.

Fille unique d'un père goutteux et d'une mère essentiellement nerveuse, M^lle de L... a traversé toute son enfance sans éprouver aucune maladie notable, malgré des revers de fortune qui tombaient sur sa famille, malgré toute une série d'ennuis, de chagrins et de privations.

A treize ans les règles se sont établies abondantes et régulières.

Vers l'âge de 15 ans, au moment même de la menstruation, Mademoiselle fut prise d'un refroidissement qui suspendit le flux menstruel. Quelques jours après, elle ressentit un peu de gêne dans le bras droit.

C'est à cette époque, c'est-à-dire à l'année 1841, que remonte le commencement de la maladie pour laquelle Mademoiselle vint consulter M. Récamier dans le courant d'avril dernier.

Ce jour-là, M^lle de L... est pâle et défaite, elle est surfatiguée par l'inquiétude et la souffrance. Il y a 4 à 5 nuits qu'elle n'a dormi.

*Examen* : Le bras se meut sans difficulté, l'avant-bras est douloureux au toucher, pas de traces d'engorgement ; il semble que le principe rhumatoïde se soit concentré dans l'avant-bras, dans la main et spécialement dans l'articulation du poignet. La malade nous raconte que depuis l'âge de 15 ans, à travers des alternatives de souffrance et de mieux-être, elle a toujours été gênée dans les mouvements de l'avant-bras et de la main, que depuis plusieurs années elle a dû renoncer à se servir de sa main droite, et qu'enfin depuis un mois elle en souffre au point d'avoir perdu tout sommeil.

Séance tenante, M. Récamier lui applique son appareil. Il trempe deux morceaux de flanelle dans de l'eau vinaigrée au tiers, place chaque morceau sur la face piquée des deux disques bleus et roses. Le disque bleu est appliqué à la face antérieure et inférieure de l'avant-bras, à cheval en quelque sorte sur l'ar-

ticulation du poignet. Le disque rose réuni au premier par un fil conducteur, est appliqué à la partie supérieure et postérieure de la même région ; le tout est soutenu par un bandage roulé.

Le lendemain, Mademoiselle vient nous annoncer qu'elle est manifestement soulagée, elle a eu deux heures de sommeil. Levée de l'appareil, indications pour le réappliquer le soir même ; disque bleu en haut et en avant ; disque rose en bas et en arrière. Le lendemain, au sortir du lit, suspension.

Ce jour-là, les bénéfices furent encore plus marqués, la douleur était tout à fait en déroute ; la malade avait dormi 6 à 7 heures sans interruption.

Bref, sept nuits d'application suffirent non-seulement pour apaiser toute sensation douloureuse, mais pour rendre l'usage de la main.

*Dyspepsie flatulente avec affaissement, borborygmes, céphalalgie, etc.*

Obs. II. — M. de B... est un ancien militaire, il a près de 48 ans.

Il ressemble à sa mère actuellement âgée de 69 ans. Cette dame est maigre et colorée ; elle a perdu toutes ses dents de bonne heure ; ses digestions sont flatulentes, elle a la respiration courte et la poitrine catarrhale.

Le père de M. de B. est âgé de 73 ans ; jusqu'à l'âge de 30 ans il était d'une telle impressionnabilité nerveuse qu'il se trouvait mal à la moindre émotion. A 30 ans cette susceplibilité a disparu, mais la goutte a fait explosion.

Quant à M. de B... il accuse une enfance délicate ; les engelures qui l'ont tourmenté jusqu'à vers 15 à 16 ans, ont été presque universelles ; il en a ressenti non-seulement aux pieds, aux mains, mais aux oreilles.

Entré à 18 ans à l'école militaire, il en est sorti à 20 ans officier de cavalerie. A 21 ans, il a fait la campagne d'Espagne : là, bivouac, fatigues et surtout excès d'eau-de-vie. Rentré en France, M. de B... commença à se sentir la bouche amère après les repas et il éprouva un sentiment d'embarras dans le ventre. Malgré cela, excès, plaisirs, fatigues de toute façon. A 25 ans, il fallut bien enrayer, la dyspepsie s'exagérant et se compliquant d'affaissement. Alors Monsieur songea sérieusement à se faire traiter. On l'astreignit d'abord au régime exclusivement lacté. Deux mois de ce moyen rigoureusement observé ne produisirent aucun bénéfice ; loin de là, la faiblesse devint extrême, l'amai-

grissement considérable; le malade sentait la vie s'éteindre et toutes les facultés s'en aller ; on fit volte face dans le traitement, et bien en prit, car en deux mois le vin de Bordeaux et le bon bouillon rendirent les forces primitives.

Mariage, sagesse, modération.

A 27 ans, la passion de la chasse et les excès de table ramènent la dyspepsie et la faiblesse.

Vers l'âge de 32 ans, M. de B... se retire à la campagne et il y adopte la vie agricole : peu de résultats avantageux.

Quatre ans plus tard, MM. Cruveilhier et Trousseau envoient le malade à Vichy; les eaux ne procurent aucune amélioration.

Depuis cette époque, l'état dyspepsique de l'estomac a été en empirant, et aujourd'hui voici le résumé de la situation :

Nuits mauvaises.

Sommeil entrecoupé et peu réparateur.

Digestions pénibles, laborieuses, avec douleur pongitive dans la région gastrique avec borborygmes, avec un embarras de la langue qui rappelle celle de l'ivresse.

Le malade a de l'appétit, mais dès qu'il mange il tombe dans l'affaissement.

Les frictions rudes sur l'estomac font rendre quelques vents, et après la sortie de ces gaz le malaise épigastrique diminue pour quelques instants.

Souvent une demi-heure après s'être endormi, le malade est subitement réveillé par des crispations d'estomac qui l'agitent et l'oppressent, tant qu'il reste dans la position horizontale, s'il se place sur son séant et qu'il rende quelques vents, il se rendort pour se réveiller ensuite de la même manière.

A la faiblesse générale toujours croissante s'est joint depuis 6 mois une faiblesse des membres inférieurs.

Conseils :

1° Régime alimentaire simple et substantiel ; viandes bouillies ou roties, pain rassis, légumes et fruits doux.

2° Suspendre l'usage des boissons fermentées, vin, cidre ou bière. Boire en mangeant l'infusion à froid de fleurs de houblon ou de camomille.

3° Après le repas prendre une goutte d'essence de menthe anglaise jetée sur un morceau de sucre, puis étendue dans un demi-verre d'eau.

4° Enfin appliquer tous les soirs en se couchant l'appareil galvano-électrique, un disque au creux de l'estomac, et l'autre disque entre les deux épaules.

Résultats :

Le 28 mars, la douleur de l'estomac est sensiblement diminuée depuis l'application de l'électricité; les digestions sont moins pénibles, et elles n'ont pas été suivies d'affaissement.

Le 4 avril, l'embarras abdominal a presque entièrement disparu. Le sommeil est bon, peu coupé, évidemment réparateur.

Le 10 du même mois, M. de B... quittait Paris pour aller continuer à la campagne un traitement qui lui avait déjà donné tant de résultats. Il se considérait comme guéri.

*Névralgie dentaire et gastrique datant de trois ans et demi.*

Obs. III. — Louise est servante à Paris; elle a 28 ans et demi.

Son père, âgé aujourd'hui de 76 ans, jouit d'une excellente santé ; sa mère est morte en couches.

Louise n'a pas eu de convulsions dentaires au premier âge ; les dents de sagesse sont même venues sans accidents.

Comme apparence, elle est grande et forte, un peu colorée, et l'on ne saurait soupçonner derrière tout cela la moindre trace de chlorose. Pourtant les règles, établies à l'âge de 15 ans, étaient fort régulières, lorsqu'à 17 ans Louise fit une imprudence qui suspendit le flux menstruel pendant quinze mois. Depuis lors chaque époque est de peu de durée ; Louise a des flueurs blanches et des palpitations.

Elle est venue à Paris à l'âge de 22 ans, et peu de jours après son arrivée, elle a été prise d'un érysipèle de la face.

Enfin, il y a trois ans et demi que commença une douleur dentaire qui prit un caractère intermittent et névralgique. L'antipériodique ne put la suspendre ; la douleur était d'abord à droite. Louise, sur le conseil d'un médecin, se fit arracher une dent un peut gâtée qui se trouvait du côté droit de la mâchoire, alors la douleur passa à gauche. Louise se fit arracher une ou deux dents saines : la névralgie persista. Bientôt elle envahit la face, puis la tête; enfin elle se compliqua d'une gastralgie qui résista à tous les moyens conseillés par M. le docteur Lustreman, professeur au Val-de-Grâce. C'est dans cette situation que le médecin lui-même voulut bien nous adresser sa malade, en nous demandant si ce n'était pas le cas d'appliquer l'appareil galvano-électrique. Le succès fut aussi prompt qu'inattendu. Nous fîmes placer les disques au creux de l'estomac et entre les épaules. 7 nuits d'application suffirent pour guérir non-seulement la gastralgie, mais la névralgie faciale et dentaire.

Je ne veux pas multiplier les citations et les preuves : il me semble en avoir donné de suffisantes pour réclamer de votre impartialité une rectification.

1° Vous avancez que les appareils de M. Récamier ne produisent rien sur le galvanomètre. Ces appareils, au contraire, obtiennent sur l'aiguille la plus grande déviation possible ;

2° Vous prétendez que l'efficacité des cataplasmes galvaniques est l'effet d'influence morale, de coïncidence. Ils ont agi sur les malades qui éprouvaient, pour l'emploi de ce nouveau moyen, la plus formelle répugnance, et ils agissent pendant le sommeil ;

3° Enfin, vous posez une limite à ce nouveau moyen curatif ; vous ne lui accordez de succès que *dans les affections fugaces et fugitives* et c'est précisément dans les affections chroniques, invétérées, rebelles, qu'il a le plus d'efficacité.

---

8. *Considérations générales sur l'action physiologique et thérapeutique des acides végétaux* ; par M. le docteur Joseph Delioux, professeur de matière médicale à l'École de médecine navale de Rochefort.

(Gazette médicale de Paris, N° 22, 1851.)

I. Les acides végétaux, vaste embranchement des acides organiques, sont appelés à rendre à la thérapeutique des services tout à fait distincts de ceux qu'elle peut obtenir de l'emploi des acides inorganiques ou minéraux.

Les dissemblances qui existent sous le rapport chimique entre les uns et les autres se reproduisent jusqu'à un certain point dans l'ordre des faits pharmaco-dynamiques, et conséquemment il ne faut point en attendre des effets médicateurs identiques.

L'action chimico-physiologique de ces deux espèces de substances acides se différencie et se caractérise sous deux chefs principaux.

1° Il serait inexact d'avancer que les acides minéraux coagulent l'albumine, car à ce principe absolu on pourrait opposer de nombreuses exceptions. Il faut dire seulement que la plupart des substances qui sont désignées par les pharmacologistes sous le titre générique d'*acides minéraux,* coagulent l'albumine et la coagulent énergiquement ; à ce titre, ils se présentent comme des caustiques plastifiants à l'état pur, comme des astringents plus ou moins puissants à l'état de dilution. Tels sont les acides sulfurique, chlorhydrique, azotique ; mais tel n'est point l'acide

phosphorique, que l'on a souvent à tort confondu avec eux et qui ne coagulant point l'albumine, jouit d'une action toute différente et se range dans les caustiques fluidifiants.

(Cette distinction faite par M. Mialhe entre les deux modes de l'action caustique est très-judicieuse et digne d'être consacrée.)

Les acides végétaux, au contraire, comme tous les acides organiques, ne coagulent point l'albumine ; il en résulte qu'à nul degré de concentration ils ne peuvent agir comme plastifiants ; que les plus énergiques, employés purs, cautérisent à la manière des caustiques fluidifiants, et qu'étendus ils sont incapables d'astringenter les tissus. Il n'y a d'exception à faire que pour l'acide tannique et ses dérivés ; ceux-ci coagulent l'albumine, mais bien moins que les acides minéraux, et encore leurs coagulums peuvent être redissous par un excès d'une liqueur albumineuse ; toutefois il faut ajouter que le tannin coerce fortement la gélatine ; de sorte que, mis en rapport avec les membranes animales tissues à la fois d'éléments albumineux et gélatineux, il y détermine un degré de condensation et d'astriction tel qu'il n'est surpassé par aucun autre corps comme astringent, et qu'il mérite même une certaine prééminence sur les astringents minéraux, parce que, à la différence de ces derniers composés, son action s'exerce sans irritation et sans douleur.

2° Les acides minéraux introduits dans le sang ne subissent aucune décomposition, qu'ils y restent libres ou combinés, ou qu'ils en sortent plus tôt ou plus tard.

Les acides organiques, et particulièrement les acides végétaux, introduits dans le sang, y sont toujours, au moins en partie, détruits et brûlés.

Les premiers peuvent ralentir le cours du sang en diminuant sa fluidité par la condensation de son albumine ; les seconds, n'ayant aucune action coercitive sur l'albumine et la fluidifiant souvent, au contraire, ralentissent la circulation par un artifice tout différent et qui sera exposé tout à l'heure en montrant quel est le résultat ultime de leur décomposition et de leur destruction.

II. Concentrés, les acides végétaux puissants, ceux qui ont une forte affinité pour les bases, qui rougissent vivement le tournesol, qui possèdent une saveur aigre prononcée, — ceux-là ont une action caustique énergique ; à un moindre degré de concentration, ils sont cathérétiques ; quand ils sont très-étendus, ou quand ils sont naturellement faibles, ils n'ont plus qu'une action irritante légère ou nulle. Peut-on alors aussi les compter

comme astringents? — Non, si l'on ne reconnaît comme astringents réels que les substances qui condensent les tissus albumineux ; à ce titre, les tannins seuls parmi les acides végétaux devraient être tenus pour astringents. Cependant, si l'on considère que quelques-uns de ces acides, tel que l'acétique, sont volatils, et que la volatilisation entraîne toujours un certain abaissement de température, on pourra admettre que leur application à la surface des tissus a pour effet secondaire une réfrigération, cause elle-même d'une astriction fibrillaire analogue à celle produite par les astringents purs ; on peut enfin faire une concession aux idées vitalistes, et supposer qu'en irritant les radicules nerveuses, ils mettent en jeu la contractilité organique ; mais en somme on ne trouvera jamais en eux des astringents aussi francs et aussi efficaces que dans les acides minéraux.

III.—Absorbés, ils ne condensent point les éléments albumineux du sang ; ils augmentent plutôt sa liquidité ; toujours, sauf l'acide tannique. Ils saturent les bases alcalines du sang ; mais ces nouveaux sels sont bientôt transformés en carbonates, leur acide organique étant détruit et comburé par l'oxygène introduit dans la circulation par la fonction respiratoire. Pour que cette combustion s'opère, ces acides, formés la plupart de carbone, d'hydrogène et d'oxygène, absorbent ce qu'il leur faut d'oxygène pour former de l'eau avec leur hydrogène, ce qu'il leur en faut encore pour former de l'acide carbonique avec *une partie* de leur carbone,—eau et acide carbonique que l'expiration emporte,—jusqu'à ce que l'autre partie du carbone reste en présence de l'équivalent d'oxygène dans les proportions voulues pour faire de l'acide carbonique et finalement un carbonate alcalin. On l'oxygène consommé pour cette réaction est emprunté à la quantité de ce gaz destinée à artérialiser le sang ; la revivification du sang en sera d'autant retardée : et comme la rapidité du mouvement circulatoire est en raison directe du degré d'oxygénation du sang, le ralentissement de ce mouvement sera la conséquence immédiate de la combustion des acides végétaux.

Voilà l'explication vraie de l'*action tempérante* de ces acides, basée, non plus sur des théories spéculatives, mais sur les résultats les plus positifs de l'analyse chimique. Et ce fait de la destruction des acides végétaux, établi surtout par les beaux travaux de Woehler et de Liebig, est bien digne de fixer nos méditations en nous apprenant quelle est la puissance des forces chimiques que l'organisme tient en réserve, puisque nous voyons là, sous leur empire, avec une température + de 38° c., s'opérer une

réaction que nous ne sommes capables de reproduire dans nos laboratoires qu'à l'aide de la chaleur rouge.

IV. — On n'est pas forcé de croire cependant que la totalité des acides végétaux, surtout quand ils ont été absorbés en grande quantité, soit transformée en acide carbonique et en carbonates. Il y a deux appareils organiques spécialement chargés de l'élimination des acides : ce sont la peau et les reins. En effet, la sueur est acide, et l'on y trouve notamment l'acide acétique ; on pourrait admettre qu'une certaine quantité de cet acide absorbée dans les premières voies est rejetée en nature par les glandes sudoripares. L'urine, d'un autre côté, est normalement acide, et doit ce caractère principalement à l'acide urique, terme de la combustion de l'azote ; elle ne revêt au bout d'un certain temps le caractère alcalin que lorsque les produits uriques ont été transformés par la fermentation ammoniacale. Mais, de plus, sous l'influence des médications acides, on a vu apparaître dans l'urine des proportions plus ou moins considérables des acides ingérés, et ce fait a excité à un certain point l'étonnement des observateurs. On a dit que les acides organiques pouvaient seuls passer dans les urines ; M. Mialhe, qui a soutenu cette opinion, avance que les acides organiques ne coagulant pas les éléments albumineux du sérum, passent seuls et facilement à travers les reins, tandis que les acides minéraux qui sont retenus, tant par les bases alcalines que par l'albumine qu'ils plastifient, ne peuvent jamais arriver dans l'urine. On peut, jusqu'à un certain point, admettre que le passage des premiers dans l'urine se fait plus aisément que celui des seconds ; mais ce passage ne doit pas être nié absolument pour les acides minéraux. Il résulte en effet des expériences de M. Orfila, que, dans les cas d'empoisonnements par les acides concentrés, non-seulement on peut retrouver dans l'urine des traces des acides acétique, tartrique, oxalique, mais aussi des acides sulfurique, azotique et chlorhydrique.

Ce qui reste à expliquer, c'est que les acides minéraux puissent échapper à une neutralisation complète par les alcalis du sang, et que les acides organiques puissent se soustraire en partie à la combustion qui s'en opère d'ordinaire dans le poumon.

Je crois que cette explication se déduit d'une particularité anatomique spéciale au système veineux abdominal, et qui sera signalée comme l'une des découvertes les plus remarquables et les plus fécondes en applications physiologiques de M. Cl. Bernard.

On sait que cet habile expérimentateur a constaté l'existence, entre la veine porte et la veine cave, de communications directes

assez considérables qui versent immédiatement le sang de la première dans la seconde ; qu'il a reconnu en outre dans la texture de la veine cave : 1° au-dessous des veines sus-hépatiques des fibres musculaires destinées à opérer un reflux du sang, et 2° au niveau des veines rénales des valvules qui empêchent ce reflux d'aller au delà ; de sorte que le sang est obligé de pénétrer dans les veines rénales, qui alors jouent le rôle d'artères. Cette disposition explique le passage rapide de certaines substances dans l'urine ; elle démontre en même temps que, dans le cas d'absorption de quantités excessives de boissons, capables d'augmenter la masse du sang au point de troubler les circulations hépatique et cardiaque, la nature s'est ménagé un diverticulum qui assure en toutes circonstances le maintien du cours régulier du sang. Or, comme le phénomène se produit précisément lorsque de grandes quantités de boissons aqueuses ont été ingérées, et comme les acides sont ordinairement administrés, en thérapeutique, dissous dans de fortes proportions d'eau, il me paraît hors de doute qu'une partie de ces acides doit, avec l'excès de leur véhicule, passer par ce diverticulum, en se soustrayant, dans ce rapide parcours, tant à la neutralisation par les bases alcalines qu'à la combustion pulmonaire, et c'est ainsi, sans autre artifice, que ces acides réapparaissent, tels que l'absorption les avait pris, au milieu du fluide sécrété par les reins.

Et ce n'est pas seulement à l'interprétation de quelques-uns des résultats des médications acides que la connaissance de cette disposition anatomique sera applicable ; elle rendra compte aussi de la prompte apparition de beaucoup d'autres substances dans l'urine et de l'innocuité ou de la nocuité moins grande de certains poisons, de l'action variable ou différentielle de certains médicaments, suivant qu'ils sont administrés dans des véhicules plus ou moins abondants, ou qu'ils trouvent dans le canal gastro-intestinal une plus ou moins grande quantité de matières tant solides que liquides en pleine digestion : point de vue duquel on appréciera bien plus philosophiquement des faits réputés exceptionnels ou étranges que si on les attribuait, comme l'ont fait jusqu'ici les toxicologistes, à l'état de plénitude ou de vacuité des vaisseaux, ce qui n'est vrai, dans l'espèce, que secondairement ou relativement, ou à des idiosyncrasies individuelles, ce qui n'est souvent qu'une fin de non-recevoir.

V.—Il est un autre ordre de considérations physiologiques que le médecin praticien doit avoir présent à l'esprit quand il institue une médication acide.

Dans l'économie animale, la grande majorité des humeurs re-

vêtent le caractère alcalin ; le caractère acide ne s'y montre que rarement et comme par exception.

Dans l'économie végétale, c'est le contraire qui s'observe : l'acide y prime l'alcali.

Voyez les trois humeurs dominantes de l'organisme humain, le sang, la lymphe, la sérosité : elles sont fortement alcalinisées. Il en est de même du plus grand nombre des fluides émanés du sang. Voyez enfin combien notre organisme est antipathique aux acides, combien la nature a pris de précautions, mis en nous de correctifs contre leur influence : toutes les humeurs récrémentitielles sont alcalines ; la réaction acide ne se montre que dans les excrémentitielles, dont la sécrétion, pour plusieurs du moins, semble avoir pour but principal l'élimination des acides, telles l'urine et la sueur. Objecterait-on que la sécrétion acide s'opère sur de larges surfaces, tant à la peau que sur les muqueuses tégumentaires dont le mucus normal est acide ? Mais combien est petite la somme de ces produits sécrétés en comparaison de la masse des humeurs alcalines enfermées dans la duplicature de notre double tégument ou épanchées à sa surface ! D'ailleurs, presque partout à côté de la sécrétion acide nous retrouvons la sécrétion alcaline ; ainsi, auprès de la sueur acide, nous trouvons l'humeur sébacée qui est alcaline, et qui même efface complétement l'acidité transpiratoire dans certains replis cutanés ; auprès de la liqueur acide qui exsude des follicules mucipares, des glandes et des glandules versent sur les muqueuses des humeurs alcalines, salive, sucs pharyngiens, œsophagiens, intestinaux, biliaire, pancréatique. On a, pour le dire en passant, exprimé d'une manière beaucoup trop absolue l'antagonisme qui existerait entre les sécrétions acides du tégument externe et les sécrétions alcalines du tégument interne. Comme je viens de l'indiquer, la séparation est loin d'être aussi nette ; partout l'antagonisme existe réellement, mais sur place, et non à distance. Enfin toutes les humeurs qui transforment, dédoublent, digèrent, en un mot, les substances alimentaires ou médicamenteuses, doivent leur puissance à un albuminoïde qui n'agit qu'en présence des alcalis, non-seulement dans le canal digestif, mais jusque dans le sang, où l'œil pénétrant et sagace de M. Cl. Bernard a vu le sucre se transformer, non pas seulement sous l'influence des alcalis, comme on l'avait dit avant lui, mais là comme ailleurs, grâce à l'intervention combinée des alcalis et d'une matière animale, d'une matière albuminoïde. Une seule exception se présente devant cette grande loi physiologique : dans le suc gastrique, la pepsine agit en présence des acides.

Bien imprévoyant alors serait le thérapeutiste qui, méconnaissant la constitution chimique de nos humeurs, abreuverait indéfiniment un malade de boissons acides, et hors le cas d'indications précises et rationnelles. Autant leur usage modéré peut amener de calme, de bien-être dans certains états inflammatoires et fébriles où on les prescrit journellement avec avantage, autant elles peuvent produire des résultats mauvais et même désastreux quand on les administre à faux ou inconsidérément. Les acides végétaux, plus souvent employés, du reste, que les minéraux, commandent encore plus de réserve; leur abus entraîne l'anorexie ou la dyspepsie avec ses formes si variables et si douloureuses, des flux muqueux et séreux plus ou moins difficilement coercibles, l'atonie, la pâleur, l'œdème des tissus, le ralentissement du mouvement circulatoire avec petitesse et dépression du pouls, l'allanguissement, en un mot, de toutes les fonctions assimilatrices. Et comment en serait-il autrement, puisqu'ils ne tendent à rien moins qu'à altérer la crase constitutionnelle de toutes les humeurs vivantes, et surtout, fait capital, à enlever aux humeurs digestives les qualités indispensables à l'accomplissement de leurs fonctions élaboratrices, sans l'intégrité desquelles la nutrition ne peut s'opérer dans sa norme physiologique ? Enfin, si l'abus allait jusqu'à produire l'acidification du sang, le diabète pourrait en être la conséquence fatale, ainsi que tendraient à le faire craindre les idées théoriques de quelques auteurs modernes sur la pathogénie de cette affection.

VI.—Sur ce sujet si grave et si généralement méconnu, l'hygiéniste doit aussi quelques conseils aux personnes qui, dans la plénitude de leur santé, font un usage immodéré des boissons acides. Il leur dira que, si elles ont moins d'inconvénients pendant l'été et pendant l'exercice de rudes travaux que pendant l'hiver ou dans l'inaction des forces corporelles, parce que, dans le premier cas, la sueur dépouille l'économie des principes dont l'excès lui serait nuisible, elles n'ont pas tous les avantages que semble promettre l'attrait séduisant d'une réfrigération passagère; car, après l'apaisement de la soif, elles laissent l'individu atone et sans ressort, tandis qu'une boisson légèrement tonifiée par un spiritueux ou un cordial, quand la fatigue surtout, d'où qu'elle vienne, enraye les forces, le ranime à la fois, le stimule, le corrobore et le désaltère. Une réforme intelligente a été réalisée dans ce sens à bord des navires de l'État, quand on a substitué au vinaigre l'eau-de-vie dans l'eau que boivent, hors le temps des repas, nos matelots dans les saisons chaudes ou dans les régions intertropicales. Rien ne saurait mettre plus pertinemment

en évidence l'action pernicieuse qu'exerce sur la nutrition l'emploi obstiné des substances acides, que l'expérience faite sur elle-même par la coquette menacée d'une obésité qui la désespère. Le vinaigre, arme vulgairement dirigée contre cette ennemie de la beauté, au bout d'un certain temps altérera si bien les réactions qui s'opéraient dans ses humeurs que la sécrétion adipeuse disparaîtra, mais avec sa santé; elle maigrira, il est vrai, mais en s'empoisonnant.

VII.—Des physiologistes, des toxicologistes, des thérapeutistes distingués d'ailleurs à plus d'un titre, ont fait, dans l'interprétation de l'action bienfaisante ou nuisible des acides végétaux, une part plus large que celle que je viens d'accorder à leurs effets topiques; ils ont attribué, par exemple, à l'astriction provoquée par leur contact toutes les modifications que l'absorption et la nutrition subissent par suite de leurs abus. Mais j'ai démontré précédemment que cette astriction est une hypothèse démentie par les faits chimiques, et à leur appui viennent se joindre les faits physiologiques et pathologiques rigoureusement observés. Les acides végétaux non coagulants ne peuvent tanner les tissus, ni par conséquent fermer leurs pores absorbants; ils ne passent donc que trop facilement, au contraire, dans la circulation, et c'est au sein du fluide sanguin que, comme cela a lieu pour tant d'autres médicaments, se développe leur action dynamique.

Si l'on a parfois réussi par leur emploi à réprimer des flux intestinaux, il n'y a pas lieu davantage d'en faire honneur à leur prétendue vertu astringente; les cas de cette espèce auront probablement été mal interprétés; et l'on serait d'autant mieux autorisé à le croire que l'on sait aujourd'hui que la diarrhée est entretenue parfois par une suralcalisation des sucs intestinaux; l'usage des acides corrigerait ce vice humoral par une action entièrement chimique.

Il est des gens d'ailleurs qui semblent considérer le canal digestif comme un tube inerte que les substances ingérées par la bouche traversent de bout en bout, sauf à supposer à l'occasion, pour le besoin d'une théorie ou l'explication d'un effet médicateur, leur arrêt sur tel point de ce canal où l'on veut les voir agir. Mais que l'on retienne donc une bonne fois ce qu'apprennent les notions les plus élémentaires de physiologie, savoir : que les médicaments solubles dans l'estomac et les liquides, lorsqu'ils ne sont pas ingérés en grande quantité, sont absorbés sans franchir le pylore; qu'il n'arrive dans l'intestin que les médicaments insolubles ou un excès des liquides ingérés, que ces liquides sont assez promptement absorbés par les veines, et que les boissons

aqueuses ne descendent dans les anses inférieures de l'intestin grêle que lorsque, par exception, l'absorption n'a pu s'en faire plus haut, cas auquel elles agissent par une véritable indigestion. Il est donc impossible d'admettre que les acides, non coagulents surtout, agissent localement sur les parties du tube intestinal, d'où transudent ordinairement les flux diarrhéiques.

VIII.—Les acides ont deux glorieuses époques : au temps de la chémiatrie, quand toute la pathogénie, dualistiquement constituée, reposait sur l'acidité ou l'alcalescence des humeurs ; alors les acides n'étaient rien moins que la moitié de la thérapeutique ; c'était fort beau ; — sous le règne du broussaisisme, quand l'irritation dominait toute la pathologie et que la gastrite était au fond de toute irritation ; alors la limonade partageait avec la diète et la saignée l'honneur de concourir au traitement uniforme et facile de toutes les maladies ; c'était trop beau.

Aujourd'hui la raison et l'expérience ont réduit les acides à un rôle plus modeste, et ils sont loin de rendre à la matière médicale des services aussi éminents que les médicaments alcalins. Les acides, les acides végétaux surtout, ne répondent qu'à un petit nombre d'indications, indications assez formelles toutefois pour justifier leur emploi raisonné ; mais l'inopportunité et l'abus en détruisent promptement le mérite. Les alcalins, au contraire, entrent de plus en plus dans les médications rationnelles ; le danger n'est pas si voisin de leur emploi, et l'on comprendra sans peine qu'il y a moins de danger à suralcaliser les humeurs organiques qu'à y introduire un élément incompatible avec l'exécution régulière des fonctions qu'elles sont appelées à remplir.

IX.—En étudiant les acides végétaux au double point de vue physiologique et thérapeutique, on peut les partager en trois groupes caractérisés par des propriétés assez distinctes et susceptibles d'applications spéciales ; au point de vue chimique, cette division est également rationnelle.

### 1° *Acides purs.*

X. — Ce sont ceux qui offrent nécessairement, dans l'expression la plus vraie, les propriétés physiologiques et thérapeutiques des acides végétaux. Tout ce qui a été dit précédemment leur est donc immédiatement applicable, et il ne reste plus qu'à résumer leurs qualités.

Concentrés, ils agissent comme caustiques, mortifiant les tissus sans les plastifier, les corrodant, les perforant souvent. Administrés à l'intérieur dans cet état, ils produiraient tous les symptômes des poisons irritants et caustiques ; leurs contrepoi-

sons seraient alors ceux de tous les acides, la magnésie, la craie, l'eau de savon, les dissolutions alcalines, toutes substances qui, en les saturant, donneraient lieu à la formation de sels incapables de nuire.

A mesure qu'on les étend d'eau, ils perdent leurs propriétés irritantes ; ils peuvent alors, à la surface des plaies, produire plutôt une action détersive qu'astringente ; toutefois, la réfrigération causée par leur évaporation, l'irritation qu'ils suscitent dans la contractilité organique, soit à la surface des plaies, soit plus souvent à la surface des muqueuses ou de la peau, peuvent déterminer un certain degré de froncement et d'astriction fibrillaire, en même temps qu'agents rafraîchissants, ils modèrent la chaleur périphérique du corps.

Administrés à l'intérieur, à dose thérapeutique, dissous dans de grandes proportions d'eau, ils rafraîchissent et désaltèrent, surtout si leur véhicule est à une basse température ; promptement absorbés, ils sont promptement aussi éliminés par les reins et par la peau, ou transformés dans le sang en eau et en acide carbonique qui lui-même est en partie éliminé par le poumon et par la peau, en partie saturé par les bases alcalines du sang. Cette combustion a pour résultat de diminuer l'artérialisation du sang ; elle semblerait maintenir le sang artériel à un état plus ou moins voisin du sang veineux, ainsi que l'a vu du moins M. Orfila dans ses expériences toxicologiques sur l'acide acétique (*loc. cit.*); l'impulsion qui anime ce fluide vivifiant en est diminuée proportionnellement, et c'est ainsi que s'explique l'action tempérante des acides végétaux. Giacomini, en les appelant *hyposthénisants veineux*, a eu le tort de particulariser pour une portion du cercle circulatoire une sédation qui s'exerce sur la totalité de ce système. Cette tempérance, cette hyposthénie est aidée par une diurèse que rend encore plus active l'ingestion simultanée de boissons abondantes ; et elle est souvent accrue par des effets diaphorétiques secondaires en rapport avec la fonction dépuratoire de la peau à l'égard des acides, effets qui se produisent surtout quand les boissons acides sont bues chaudes, ou même lorsque, étant fraîches, elles sont consommées par des individus soumis à l'influence d'une haute température extérieure ; dans cette dernière circonstance, le rafraîchissant va précisément à l'encontre de ce qu'on lui demande, puisque, en provoquant des sueurs profuses, il ne fait qu'ajouter à la débilitation antérieure de l'individu.

Enfin, si les acides végétaux ont quelquefois une utilité directe en modifiant une constitution humorale trop alcalisée, il

faut, en toute occurrence, n'en user qu'avec réserve et sans insistance, et en instituant les médications acides, avoir toujours présent à l'esprit la nature de la crase normale des humeurs adaptées aux conditions de la vie animale.

### 2° *Fruits acides.*

XI. — Ils contiennent un ou plusieurs acides organiques, particulièrement le tartrique, le malique et le citrique, et leur doivent une partie de leurs propriétés thérapeutiques, mais non pas toutes. Ici, en effet, à côté des acides, il y a d'autres substances douées également de propriétés tempérantes, sédatives, diurétiques, neutralisantes, substances actives d'une autre manière, aussi efficaces, moins pernicieuses : ce sont les bases alcalines. L'ingestion des fruits acides est loin d'avoir les mêmes inconvénients que celle des acides libres ; en eux le remède est à côté du mal ; les sucs acides, ingérés, purs ou étendus dans les quantités variables d'eau, livrent aux forces assimilatrices des acides en plus ou moins grande partie combinés avec la soude, la chaux et principalement la potasse, et mitigés encore par la pectine et par le sucre, de sorte que c'est principalement sur un sel à acide végétal que s'opérera l'oxydation intra-sanguine, et que sa transformation aura pour résultat un carbonate alcalin. Tandis que les fruits non mûrs, où les acides libres dominent les proportions de sucre et de bases alcalines, ont sur les fonctions digestives et sur la nutrition des inconvénients dont la connaissance est vulgaire, et suracidifient nos humeurs, les fruits arrivés à leur maturité, au contraire, contiennent de telles proportions de sels alcalins qu'ils agissent autant et plus par leurs bases que par leurs acides, si bien que les raisins, par exemple, riches en bitartrate de potasse, vont jusqu'à rendre l'urine alcaline, et ont pu être employés avec un avantage manifeste dans les maladies où l'on a intérêt à prescrire des boissons minérales alcalines.

La composition chimique des fruits acides en fait donc un groupe à part, et les propriétés physiologiques et thérapeutiques sont tout à fait en rapport avec cette composition.

### 3° *Tannin et substances tannifères.*

XII. — Ce groupe se caractérise encore parfaitement. On a vu combien les propriétés de l'acide tannique diffèrent de celles des autres acides végétaux. On le rencontre, plus ou moins modifié, dans un grand nombre de substances médicinales qui lui doivent des qualités astringentes toutes particulières. L'acide

tannique, seul acide organique coagulant parmi tous ceux qu'emploie la thérapeutique, peut à ce titre agir localement d'une manière bien plus efficace que tous les acides végétaux. On pourra accorder à celui là seul la faculté de modifier les propriétés absorbantes des tissus en les tannant véritablement; aussi nul doute que si l'on y insistait outre mesure, on pourrait altérer gravement l'absorption et l'exhalation. Mais il ne plastifie pas tellement les tissus qu'il ne puisse pénétrer dans les vaisseaux; car, dissous au moment de son ingestion dans un véhicule abondant, où, s'il est administré solide, dissous plus tard par les liquides gastriques ou intestinaux, il plastifie d'autant moins qu'il est plus étendu, et ses coagulums sont susceptibles de se redissoudre sous l'influence des sels alcalins des humeurs digestives; introduit dans le sang, il y peut donc avoir aussi un action dynamique, dont le mode, il faut l'avouer, est moins connu que celui des autres acides organiques; il doit s'y brûler comme eux, et un certain degré d'hyposthénie circulatoire peut en être la suite; mais les effets thérapeutiques obtenus ordinairement par son emploi, et caractérisés par un état général d'astringence et de tonicité dans l'organisme, s'accordent mieux avec l'hypothèse d'une action coercitive sur les éléments albumineux de la liqueur du sang.

---

9. *Note relative à quelques considérations physiologiques et pratiques sur l'emploi des anesthésiques, et particulièrement du chloroforme;* par M. Courty.

(Gazette médicale de Paris, N° 24; 1851.)

Depuis l'introduction des moyens anesthésiques en chirurgie, et spécialement dans les mois de mars, avril, mai et juin 1850, consacrés à mon service de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, pendant lesquels j'ai pu multiplier beaucoup d'observations, j'ai eu l'occasion de faire sur ce sujet quelques remarques qui m'ont paru offrir de l'intérêt, tant au point de vue physiologique que sous le rapport pratique. Voici les observations qui m'ont paru mériter d'être notées.

1° On sait que l'inspiration des agents anesthésiques, avant d'amener l'insensibilité, produit une excitation quelquefois très-forte et très-prolongée. L'intensité et la durée de cette excitation varient suivant le tempérament et la constitution des sujets, et surtout suivant la nature de l'agent qu'on emploie. Habituelle-

ment plus longue sous l'influence de l'éther, cette période est généralement très-courte quand on fait usage du chloroforme, si courte même qu'elle passe quelquefois inaperçue. Or la production et surtout la prolongation de cette période m'ont paru tenir à quelques circonstances qu'il est important de connaître dans la pratique.

De toutes ces circonstances, celle qui m'a le plus frappé est la suivante. Quant on met dans l'appareil trop peu de chloroforme, ce qui oblige à faire inhaler ce liquide longtemps et à petites doses dans chaque inspiration, on s'expose à voir se produire l'accident que je signale, et à faire courir au malade un plus grand danger, en même temps qu'on le prive, pour une bonne part, des bénéfices de l'anesthésie. La période d'excitation est très-longue ; l'exaltation de la sensibilité devient très-forte ; elle reparaît après quelques instants d'insensibilité et se termine quelquefois par une nouvelle période anesthésique d'une intensité et d'une durée capables d'inspirer des craintes sérieuses.

Cet accident m'est arrivé plusieurs fois, et chez des malades présentant des conditions individuelles différentes. Ainsi il s'offrit chez une femme que j'opérais d'un cancer au sein dont l'ablation dut être suivie d'une autoplastie assez laborieuse. Il se présenta une autre fois chez un homme auquel j'enlevais une tumeur située dans la région sous-maxillaire du côté droit. Je l'ai observé chez un soldat, auquel je pratiquais l'arrachement de l'ongle et la cautérisation d'une portion de la matrice de cet organe. J'eus l'occasion de le constater encore dans deux ou trois autres circonstances.

En recherchant les causes de cet accident, je m'aperçus que la personne chargée du soin de préparer l'appareil à inhalation y versait une quantité insuffisante de chloroforme, Je surveillai attentivement cette préparation dans les opérations suivantes, j'eus soin de faire mettre dans l'appareil (celui de Charrière) assez de chloroforme, non-seulement pour imbiber toute la surface à évaporation, mais pour laisser séjourner une certaine quantité de ce liquide dans le fond de la boîte, et depuis ce temps je n'ai jamais vu se renouveler le même phénomène.

Au reste, il me paraît facile de comprendre ce fait et d'en donner une explication satisfaisante. Si la quantité de chloroforme est insuffisante, les vapeurs de ce liquide pénètrent dans les voies respiratoires mêlées à une quantité d'air considérable qui ralentit beaucoup leur action. Dès lors les périodes anesthésiques se dessinent plus lentement et d'une manière plus marquée; l'excitation, au lieu de passer inaperçue, arrive à son

comble, se prolonge un temps considérable, et finit par faire place à l'insensibilité. Celle-ci dure peu, car on s'empresse d'ôter l'appareil qu'on a laissé plusieurs minutes sur la bouche du malade et qu'on craint de laisser trop longtemps, l'excitation reparaît aussitôt. On fait reprendre l'inspiration des vapeurs anesthésiques, et l'on prolonge encore quelque temps cette inspiration jusqu'à ce qu'enfin l'insensibilité arrive. Mais alors cette insensibilité atteint des limites dangereuses. Le sang, le système nerveux paraissent s'être saturés lentement de chloroforme; les doses successives qui n'ont produit, en les pénétrant peu à peu, que des phénomènes anesthésiques incomplets, forment sans doute par leur accumulation une dose finale trop considérable; cette dose écrase alors toutes les forces, et par la quantité dont l'économie a de la peine à se débarrasser, et par la continuité même de son action qui a affaibli lentement et qui finit par dominer toute puissance réactive.

Ne semble-t-il pas, en effet, que le chloroforme, quand il produit ses meilleurs résultats, agisse par surprise sur le système vivant? L'intoxication est rapide, comme sidérante; mais elle se dissipe aussi rapidement qu'elle s'est produite. C'est un ébranlement, une sorte de commotion dont les organes reviennent d'autant plus vite qu'on en supprime plus vite la cause.

Fait-on respirer longtemps de faibles quantités du même liquide, l'action est différente. Trop faibles pour produit l'insensibilité en peu d'instants, ces quantités, individuellement insuffisantes à l'intoxication, s'accumulent dans nos organes, le poumon s'imprègne, le sang, le système nerveux s'en saturent; on ne produit pas la sidération, mais on cause une intoxication que sa lenteur à se manifester, sa persistance à fatiguer les organes, son énergie même par l'effet de l'accumulation des doses, rendent bien plus redoutable que la sidération.

Cette explication est-elle vraie? S'accorde-t-elle avec les phénomènes anesthésiques longtemps prolongés par l'effet de la méthode dite intermittente? Je l'ignore. Il me suffit d'avoir signalé un fait que je crois important à connaître dans la pratique. Il résulte en effet de cette observation qu'il ne faut pas craindre de mettre dans l'appareil trop de chloroforme. On commence à faire respirer au malade l'air mêlé d'une petite quantité de vapeurs anesthésiques; puis, en supprimant peu à peu la communication avec l'air extérieur, on augmente les quantités proportionnelles de chloroforme qui sont inhalées, et l'on arrive rapidement à le faire respirer pur. Les phénomènes anesthésiques marchent alors avec toute la régularité et toute la rapidité pos-

sibles. Il faut donc que le tube inspirateur soit toujours rempli d'un air saturé de chloroforme. Le robinet à virole, placé sur ce tube, doit être le seul moyen par lequel l'opérateur gradue les proportions de cet air saturé avec l'air pur qu'il laisse pénétrer du dehors.

2° Plusieurs observateurs ont cité déjà la persistance de certaines sensations spéciales coïncidant avec l'abolition de la sensibilité générale, sous l'influence des agents anesthésiques. Ce phénomène, plus encore que celui des rêves agréables, était digne de fixer l'attention. Quoi de plus singulier que de voir l'éther, le chloroforme, opérer une sorte de départ entre les diverses facultés vitales, abolir la sensibilité en laissant persister le mouvement, abolir la sensibilité et le mouvement sans supprimer les actes de l'intelligence, décomposer la sensibilité elle-même de manière à supprimer la douleur sans abolir la perception du froid, sans anéantir l'ouïe, la vue et même le toucher? Ces cas sont rares, mais ils existent; je les ai vus se reproduire, notamment dans deux circonstances, d'une manière très-remarquable.

Un soldat auquel j'enlevais une tumeur graisseuse assez considérable, située sur l'épaule droite, éprouva la sensation de la déchirure des tissus, entendit le cri du scalpel, sans ressentir aucune douleur. Presque tout le temps de l'opération il s'entretint avec moi ou avec les aides. Il rêvait et se croyait avec ses camarades à boire ou à jouer ; mais il voyait, il entendait toujours. Quand nous l'interpellions fortement, il répondait, et sur le sujet de son rêve, et sur l'opération qu'il subissait dans le même moment. A son réveil, il ne conserva plus aucun souvenir de ce qui venait de se passer, fut tout étonné de se trouver opéré, dit qu'il n'avait éprouvé aucune douleur, et qu'il croyait sortir d'un accès d'ivresse.

Chez un sergent que j'avais chloroformisé pour le sonder, et dont j'ai reproduit plus haut l'observation, la sensibilité générale était abolie; les sensations spéciales, la vue, l'ouïe étaient presque supprimées; le sens génital resta seul éveillé, sous l'influence de l'excitation locale à laquelle il était soumis. En effet, tandis que je le sondais, il manifesta par des gestes, l'expression de sa physionomie, et quelques paroles non équivoques, qu'il se croyait auprès d'une femme publique dont les mains se livraient sur lui à des attouchements impurs. A son réveil, tout était oublié.

3° Cette observation m'amène naturellement à l'examen de la question si intéressante des sensations éprouvées par les malades pendant le sommeil chloroformique et de l'oubli de la douleur qui suit le réveil. Je ne veux pas ici soulever de nouveau ce pro-

blème et en discuter tous les éléments. J'ai déjà exprimé mon opinion à ce sujet, et présenté quelques preuves qui la confirment. Souvent l'agitation vague, les cris, l'expression triste des opérés tiennent à de simples manifestations de l'action réflexe. Mais je crois encore que certains sujets éthérisés, qui paraissent souffrir pendant les opérations et qui déclarent ensuite n'avoir rien senti, ont souffert réellement. Aux arguments remarquables présentés par M. le professeur Bouisson, pour soutenir la thèse contraire, je puis opposer quelques faits nouveaux.

Dans les des deux cas que je viens de citer, peut-on attribuer à l'action réflexe les divers phénomènes dont les malades ont offert le tableau?

Chez le soldat qui voyait, entendait et conversait avec nous, les actes intellectuels ne s'opéraient-ils pas, quoique avec une certaine lenteur? Sans doute la douleur était abolie, puisque le malade ne l'a pas accusée. Mais à son réveil, il ne s'est pas souvenu qu'il avait conversé avec nous. S'il avait crié, s'il s'était agité, s'il avait donné, comme quelques autres, des témoignages extérieurs de douleur paraissant n'être pas équivoques, et qu'il eût tout oublié à son réveil, comme il avait oublié sa conversation, aurions nous été en droit de penser qu'il n'avait pas souffert?

Chez le second, si le mouvement instinctif des bras, si l'expression de la physionomie, bien que toute particulière, peuvent être attribués à l'action réflexe, en est-il de même des quelques paroles qu'il a prononcées et qui supposent évidemment une élaboration intellectuelle?

Un autre malade, à qui je pratiquais l'opération de l'ongle incarné, se levait, portait les mains à son orteil et disait qu'il ne voulait pas qu'on lui arrachât l'ongle. A son réveil, il avait tout oublié; il assura n'avoir pas souffert et fut étonné de voir l'opération terminée. Y avait-il eu simplement manifestation de l'action réflexe, ou n'y avait-il pas eu plutôt perte de souvenir?

J'ai vu quelques autres malades témoigner d'une manière moins complète peut-être, mais aussi énergique et suffisamment directe, qu'ils éprouvaient des sensations douloureuses dans la partie soumise à l'opération. Je n'ai pu douter qu'ils aient souffert, et cependant ils assurèrent tous, au sortir de l'état anesthésique, qu'il n'avaient éprouvé aucune douleur.

4° Que les malades aient paru souffrir pendant l'opération, ou qu'ils n'aient donné aucune manifestation extérieure de douleur (ce qui arrive le plus souvent), il faut reconnaître que tous

s'accordent à exprimer, au réveil, leur contentement pour l'insensibilité qui les a soustraits à la douleur de l'opération, quelquefois même pour les sensations agréables et inattendues que leur a causées l'action des anesthésiques.

La plupart se prêtent donc volontiers à une nouvelle chloroformisation, s'il doivent être soumis à une opération nouvelle. Mais il n'en est pas de même chez tous. L'anxiété, l'angoisse qui précèdent chez quelques-uns l'abolition de la sensibilité; cette sensation de la perte du sentiment de son être, de cette sorte de passage de la vie à la mort, est insupportable pour quelques malades qui préfèrent, disent-ils, aux souffrances de l'anesthésie les souffrances de l'opération.

Ainsi, on en voit arracher violemment l'appareil, au moment où l'anesthésie commence à se manifester. D'autres refusent de se soumettre une seconde fois aux inhalations de chloroforme.

Un malade, que j'avais chloroformisé pour lui faire l'avulsion d'un ongle, s'éveilla avant que l'opération ne fût pratiquée, l'infirmier ayant oublié de faire chauffer les cautères, et se refusa à être endormi de nouveau. Je parvins néanmoins à vaincre sa répugnance, l'anesthésie fut parfaite et l'opération pratiquée sans la moindre manifestation de douleur.

Un autre, très-sensible à l'action du chloroforme, en avait ressenti les effets en une minute, sans éprouver en apparence aucune excitation, et avait subi sans douleur la cruelle opération de la cautérisation actuelle, pratiqués en raies de feu autour d'une tumeur blanche du poignet. Lorsqu'il fallut en venir plus tard à l'amputation, comme dernière ressource, il aimait mieux, disait-il, souffrir l'opération que respirer le chloroforme; ses répugnances furent pourtant vaincues, et l'inhalation chloroformique réussit aussi complétement que la première fois.

On a vu, dans la première observation que j'ai rapportée de l'application des moyens anesthésiques au cathétérisme, comme le malade qui en fait le sujet supportait bien l'action du chloroforme. Il est difficile de se faire une idée d'un attendrissement plus complet que celui qui se manifestait au réveil, d'une sensation de bonheur plus sentie, d'une expression de reconnaissance mieux exprimée. Cependant le malade aima mieux sortir de l'hôpital que supporter une cinquième séance d'anesthésie qui ne lui paraissait pas indispensable.

Cette répulsion instinctive de plusieurs malades, la connaissance que nous avons des dangers réels de l'anesthésie, la répugnance que l'on éprouve à déterminer une insensibilité générale pour éviter la production d'une douleur locale, nous font

regretter de plus en plus l'infériorité relative de l'anesthésie locale. Ces motifs, et plusieurs autres, nous portent à appeler de tous nos vœux la découverte de nouveaux agents qui réalisent le besoin, souvent éprouvé par la chirurgie, de soumettre seulement une partie du corps aux bénéfices de l'insensibilité. Éviter les dangers de l'anesthésie générale, conserver aux malades le sentiment de leur existence, et néanmoins les arracher aux douleurs des opérations, tel nous paraît devoir être le plus beau triomphe de la science et de l'art.

## V. Accouchemts, Maladies des femmes et des enfants.

### ACCOUCHEMENTS.

10. *Tumeur fibreuse de l'utérus constituant un obstacle invincible à l'accouchement, opérée avec succès. Accouchement heureux probablement pour la mère et pour l'enfant, à la suite de cette opération ;* par M. Danyau, Membre de l'Académie de médecine, chirurgien-adjoint de la Maternité.

(Journal des Conn. médico-chirurg., mai 1851.)

Je viens communiquer à l'Académie une observation de tumeur fibreuse développée dans la paroi postérieure du col utérin, reconnue pour la première fois au moment même du travail de l'accouchement, dont le volume était assez considérable pour obstruer presque complétement l'excavation pelvienne et rendre la parturition absolument impossible, et qui a pu être enlevée en totalité par énucléation, de manière à rendre ensuite très-facile l'extraction du fœtus.

Je communiquerai aujourd'hui le fait brut, sans commentaires, sans réflexions, sans rapprochement aucuns. Si j'ai, dès cette séance, demandé la parole, c'est pour faire voir, fraîche encore, la tumeur que je vais mettre sous vos yeux. Je prends l'engagement, non-seulement de faire connaître ultérieurement le résultat définitif, quel qu'il soit, de l'opération que j'ai pratiquée, mais encore d'offrir à l'Académie un travail plus complet et moins indigne d'elle à l'occasion du fait dont je vais avoir l'honneur de l'entretenir.

Dans la nuit de jeudi à vendredi dernier, je fus mandé par M. le docteur Beaumetz auprès d'une dame demeurant rue Basse, à Passy, dont l'accouchement présentait des difficultés

insolites. A mon arrivée, vers trois heures du matin, j'appris de mon honorable confrère que sa cliente, âgée de 31 ans, déjà mère de trois enfants, dont elle était accouchée naturellement, avait eu ses règles pour la dernière fois du 5 au 9 août ; qu'elle était devenue enceinte du 10 au 15 ; qu'elle avait, par conséquent, dépassé le septième mois et demi de sa grossesse ; que depuis trois semaines elle avait presque constamment perdu un peu de sang par la vulve. J'appris en outre que depuis 40 heures les membranes étaient rompues ; que l'écoulement du fluide amniotique, très-abondant tout d'abord, avait ensuite continué de temps en temps jusqu'au début du travail ; que les contractions utérines s'étaient manifestées et se succédaient assez régulièrement depuis cinq heures, s'accompagnant d'une perte de sang médiocre, mais qui se renouvelait à chaque douleur ; enfin, que depuis une époque voisine de la rupture des membranes, les mouvements de l'enfant n'avaient plus été perçus par la mère.

L'exploration vaginale, à laquelle je procédai ensuite, me fit reconnaître des dispositions étranges, dont je ne pus me rendre compte qu'en redoublant d'attention. Le doigt rencontrait tout d'abord une tumeur volumineuse, occupant la presque totalité de l'excavation pelvienne; au-devant de cette tumeur, la lèvre antérieure mince et aplatie, entre elles deux un trajet de 5 à 6 centimètres de long, conduisant à l'orifice interne de l'utérus, qui était dilaté en forme de croissant à concavité postérieure, et offrait 3 à 4 centimètres d'étendue transversale ; enfin, au niveau de cet orifice, un petit pied qui ne pouvait s'y engager, et dont on ne touchait que la rangée des orteils ; mais point de placenta, comme on aurait pu le croire d'après la perte qui se manifestait pendant les contractions utérines. De lèvre postérieure, il n'y avait point de vestige, où plutôt c'était la lèvre postérieure elle-même qui était démesurément renflée, et formait la tumeur dont je viens de parler.

J'en avais eu l'idée tout de suite, et bientôt ma conviction devint entière lorsque, avec ma main libre ayant imprimé quelques mouvements au fond de l'utérus, j'eus reconnu qu'ils se communiquaient à la tumeur, faiblement sans doute, mais pourtant d'une manière évidente, et exactement d'ailleurs comme la même manœuvre en communique à l'orifice dont on cherche pendant le travail à corriger la déviation. Autrement cette tumeur immobile et pour ainsi dire enclavée dans le bassin ; il était impossible de la soulever, impossible de l'attirer en bas, impossible de la mouvoir seule à droite ou à gauche.

Elle descendait fort au-dessous de la lèvre antérieure du col, se recourbait en arrière, remplissant en grande partie la concavité du sacrum, où le toucher rectal la faisait encore mieux reconnaître. En ce sens, elle semblait atteindre et dépasser même l'angle sacro-vertébral. En avant, elle n'était distante de la symphise pubienne que de 2 à 3 centimètres; quant à ses limites supérieures, elles ne pouvaient être reconnues. Toute la paroi postérieure du col était certainement envahie, mais il était impossible de dire si la tumeur s'étendait ou ne s'étendait pas à la paroi postérieure du corps. Cette tumeur n'était point bosselée ; elle paraissait régulière et assez exactement arrondie; sa consistance générale était très-ferme ; seulement tout le long de la paroi postérieure de la cavité du col utérin, c'est-à-dire à la face antérieure de la tumeur, et même un peu à sa partie inférieure, le tissu, au moins superficiellement, était mou, inégal, presque fongueux. En avant, en bas, en arrière, partout où le doigt pouvait être porté, la pression ne déterminait aucune douleur.

Cette tumeur s'était développée à l'insu de la malade, chez laquelle aucun dérangement menstruel antérieur à la conception n'en avait révélé la présence, qui n'avait pas cessé de se bien porter, dont le teint était excellent, dont les traits n'étaient nullement altérés, et qui seulement, moins grasse et moins fraîche à cette grossesse qu'aux trois précédentes, s'était aussi sentie un peu plus fatiguée et avait éprouvé des douleurs de reins plus fortes et plus prolongées. J'ajouterai que cette tumeur s'était probablement développée très-rapidement : car la malade avait été examinée à six semaines de grossesse par M. Récamier, qui n'avait reconnu qu'un peu de gonflement du col et quelques granulations.

Je crus pouvoir conclure de tous les renseignements que j'avais recueillis et de l'exploration très-attentive à laquelle je m'étais livré, que nous avions très-probablement affaire à un énorme corps fibreux développé dans la lèvre postérieure du col utérin. M. Beaumetz partagea mon avis.

Quant à la conduite à suivre, trois partis se présentaient :

Devait-on, pouvait-on, abandonner ce cas grave aux seules ressources de la nature? Bien que dans un cas analogue, cité par madame Lachapelle, le fœtus, putréfié, ramolli, eût franchi à la longue le passage étroit qui restait, et que la femme se fût rétablie, la chance paraissait ici bien incertaine, et, d'ailleurs, dans beaucoup d'autres cas, l'issue avait été fatale. Le rôle de spectateur impassible nous eût paru bien coupable.

Un second parti ne me paraissait pas beaucoup meilleur. Pouvait-on songer à pratiquer l'opération césarienne, cette extrême et triste ressource? Pourquoi? Pour extraire un enfant dont la mère ne sentait plus les mouvements depuis longtemps, et dont la mort nous était attestée par l'absence absolue des pulsations fœtales? Restait un dernier parti, et ce fut celui auquel je m'arrêtai. Si cette tumeur était véritablement une tumeur fibreuse, ne serait-il pas possible de l'énucléer? L'énucléation faite, toute obstacle disparaissait, et l'accouchement devenait possible par les voies naturelles. En tout cas, j'espérais pouvoir en enlever une assez grande partie pour me faire un passage par lequel je parviendrais, de façon ou d'autre, à extraire le fœtus.

Avant de rien entreprendre, pour donner dans un cas si grave toutes les garanties possibles à la malade et à sa famille, et diminuer en même temps la responsabilité que nous allions assumer, je proposai, ce qui fut accepté avec empressement, que M. le professeur Dubois fût prié de nous apporter le concours de ses lumières et de sa vaste expérience. Le rendez-vous eut lieu le vendredi soir à cinq heures. M. Dubois constata toutes les dispositions que je viens de faire connaître, et partagea l'avis que j'avais émis relativement au parti à prendre. Vingt-quatre heures d'attente nous parurent l'extrême limite qu'il ne fallait pas dépasser, malgré le bon état de la malade, et le rendez-vous fut fixé pour l'opération au lendemain samedi, à quatre heures du soir.

Dans l'intervalle de ma première visite à la consultation, les douleurs avaient presque cessé; mais elles reprirent ensuite et continuèrent de la manière la plus fatigante et sans résultat jusqu'au moment de l'opération.

M. Dubois avait bien voulu promettre d'assister à l'opération, et je comptais beaucoup sur l'encouragement que sa présence nous donnerait à tous. Malheureusement il fut empêché au moment même, et ce fut à notre grand regret que nous dûmes nous priver de ses lumières. La malade était fatiguée, sa figure était rouge, le pouls à 112, le ventre légèrement sensible dans toute son étendue. L'opération ne me parut pas devoir être différée. M. le docteur E. Blanche voulut bien s'adjoindre à nous et m'assister, conjointement avec M. Beaumetz, dans les différentes manœuvres.

La malade fut placée sur une commode recouverte d'un matelas, et maintenue par deux aides dans la position qu'on donne aux femmes pour les opérations obstétricales importantes. J'introduisis l'index et le médius de ma main gauche en pronation

à travers la vulve, le vagin et le col utérin jusqu'à l'orifice interne; avec la main droite, je glissai jusqu'à cet orifice un bistouri à garde, avec lequel je fis sur la partie antérieure et supérieure de la tumeur une incision; la présence du périnée m'empêcha d'abaisser assez le poignet pour la prolonger tout de suite jusqu'en bas. Une bonne palette de sang veineux s'écoula. L'index et le médius de la main droite, portés au niveau de l'incision, opérèrent à droite et à gauche un commencement d'énucléation. J'augurai bien tout de suite des résultats. Je m'attachai aussitôt à énucléer la partie inférieure de la tumeur, après quoi je pus continuer avec des ciseaux, jusqu'à l'insertion du vagin, l'incision commencée avec le bistouri. La tumeur, déjà assez largement mise à nu, fut ensuite énucléée dans une plus grande étendue avec les doigts de la main droite et ceux de la main gauche, portés successivement dans tous les sens. De fortes pinces de Museux, implantées dans des parties de plus en plus élevées de la tumeur, l'attiraient de plus en plus en bas et facilitaient l'action de mes doigts à une hauteur de plus en plus grande. Un moment arriva où la tumeur, assez abaissée pour commencer à s'engager dans la vulve, la remplissait si exactement que mes doigts ne pouvaient plus pénétrer. Je dus faire écarter à droite et à gauche les grandes et les petites lèvres, et faire dans la tumeur, obliquant d'arrière en avant et de droite à gauche, une section qui la sépara presque en deux parties égales; l'introduction des doigts redevint possible; leur action, combinée avec les tractions des aides et les efforts mêmes de la femme, nous permit d'extraire enfin, en totalité, la tumeur que je vais mettre sous vos yeux.

Je portai ensuite ma main jusqu'à l'orifice interne, où je trouvai, non-seulement le pied dont nous avions déjà constaté la présence, mais encore la tête et une main. Il s'agissait donc d'une présentation du sommet avec une double procidence. Je saisis le pied, le fis descendre sans peine, mais ne pus engager le siége qu'après avoir fait en arrière trois petits débridements sur l'orifice interne qui résistait, n'ayant prêté ni pendant la grossesse, ni pendant le travail. Le tronc glissa ensuite sans peine; les bras et la tête furent dégagés sans difficulté. Le placenta s'étant engagé tout de suite, j'en fis l'extraction immédiatement. L'enfant mort, et dont l'épiderme enlevé par places annonçait déjà un commencement de putréfaction, avait bien le volume d'un enfant de près de huit mois. L'opération, supportée avec beaucoup de résignation, de calme, de courage, avait duré un peu plus de trois quarts d'heure.

La malade fut reportée dans son lit; trois doses de seigle ergoté furent données pour assurer la rétraction de l'utérus, et une potion calmante administrée ensuite. Trois jours se sont écoulés depuis l'opération; il n'est pas survenu depuis lors le plus léger accident. Les lochies coulent régulièrement, pas plus abondantes que de coutume, sans odeur particulière; le ventre est souple et indolent; le pouls est resté à peine fréquent, de 78 à 90; la peau fraîche, le sommeil bon.

La tumeur que je mets maintenant sous les yeux de l'Académie a toutes les apparences d'un corps fibreux de l'utérus. Elle n'a point encore été examinée au microscope. Elle pèse 650 grammes. Son grand diamètre a 15 centimètres, sa largeur et son épaisseur, à peu près égales, sont de $0^m,095$. Elle a une forme un peu conique; sa grosse extrémité est tournée en bas; l'autre, un peu plus petite, correspondait au niveau de l'orifice interne, ou peut-être même s'engageait dans la partie inférieure de la paroi postérieure du corps de l'utérus. Je pense qu'elle était un peu obliquement placée et comme couchée dans l'excavation. L'aspect lisse de toute sa surface ne laisse pas de doute sur l'énucléation complète.

---

11. *Considérations médico-légales sur l'influence des impressions physiques et morales pendant la grossesse*; par le docteur H. Bayard.

(Annales d'hygiène publique et de médecine légale, janvier 1851.)

Dans les localités où la mendicité n'est pas interdite, on voit, aux époques de marchés, de foires, des mendiants en grand nombre qui étalent sur la voie publique leurs infirmités, leurs plaies véritables ou simulées. Dans certains pays, l'affluence des populations aux fêtes patronales et religieuses attire les infirmes dont la présence semblerait démentir les guérisons miraculeuses ou inespérées que viennent implorer les fidèles.

Quoi qu'il en soit, l'aspect hideux, dégoûtant, d'un certain nombre d'ulcères, de mutilations, de cicatrices, de monstruosités, excite la commisération ou la frayeur des paysans, qui versent leurs aumônes en se hâtant de fuir un spectacle aussi repoussant.

Lorsque j'ai ouvert les recueils des lois et des ordonnances de police, je m'attendais à trouver quelques mesures précises concernant la prohibition publique d'infirmités. Il y a, au contraire,

une tolérance et une autorisation tacites. Ainsi (Code pénal, art. 275) « ... les mendiants d'habitude *valides* sont punis d'un mois à trois mois dans les lieux où il n'existe pas de dépôt de mendicité. » Art. 276 : « Tous mendiants, *même invalides*, qui ont usé de menaces..., ou qui feignent des plaies ou infirmités,... sont punis d'un emprisonnement de six mois à deux ans. » Enfin (art. 279) : « Tout mendiant ou vagabond qui a exercé quelque acte de violence que ce soit envers les personnes est puni de la réclusion, sans préjudice des peines plus fortes, s'il y a lieu, à raison du genre et des circonstances de la violence. »

Ce n'est que par interprétation que l'autorité municipale puisserait quelque moyen répressif dans la loi des 16 et 24 août 1790.

Il faudrait commenter les articles suivants : Art. 3, § 1 : « Tout ce qui intéresse la sûreté et la commodité du passage dans les rues, quais, places et voies publiques... » § 9. « Le soin d'obvier ou de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés ou les furieux laissés en liberté... »

La loi ne punit que les mendiants *valides* ou *qui feignent des plaies et infirmités.*

Les mendiants *invalides* n'encourent de condamnations que *s'ils ont usé de menaces ou exercé des actes de violence.*

La loi municipale a pour but de prévenir la *sûreté et la commodité de la voie publique*, et dès que les mendiants invalides sont placés de manière à ne pas *encombrer* ou *obstruer* la voie publique, elle ne les atteint pas, à moins que les magistrats municipaux chargés de la police ne s'écartent de la lettre de la loi et ne l'interprètent plus largement.

Il n'est pas rare de rencontrer des mendiants qui simulent des plaies et infirmités, et il suffirait à la plupart des médecins de les regarder attentivement pour dévoiler la supercherie et opérer ainsi des guérisons miraculeuses. Dans certains cas, la maladie ou la mutilation sont feintes avec une grande adresse et une persévérance inconcevable ; il faut, pour les découvrir, une observation suivie et une sagacité aussi remarquable que celle d'Olivier (d'Angers) : il a publié dans ce recueil des faits de ce genre, (*Annales d'hygiène*, t. XXX, p. 371).

En résumé, aucune disposition législative, ni aucun arrêté de police n'empêchent les *mendiants invalides* de montrer au public leurs infirmités ou les symptômes de leur maladie, s'ils ne sont pas insensés ou furieux.

Sour le rapport de l'hygiène et de la police médicale, l'expo-

sition publique, l'exhibition de monstruosités, de plaies, de mutilations, la vue de phénomènes nerveux, peuvent-elles avoir des inconvénients graves ?

Tous les médecins sont d'accord sur l'influence fâcheuse que peut exercer la vue des épileptiques, des idiots. Personne ne conteste la puissance de l'*imitation*. Les ouvrages de Pinel, P. Lucas, Esquirol, et les mémoires plus récents, sont remplis de faits qui en démontrent l'évidence.

Mais si l'on demande quels inconvénients peuvent être occasionnés par l'aspect des plaies hideuses et dégoûtantes, des monstruosités ou des difformités, les opinions sont partagées. Pour les uns, il n'y a pas motif d'empêcher les exhibitions publiques qui stimulent la curiosité et qui sont en usage de temps immémorial. Pour les autres, et je me range parmi eux, il y a des inconvénients réels à permettre cette exposition de plaies véritables ou simulées, de membres difformes ; car l'impression morale qu'en éprouvent des enfants, des femmes ou des hommes d'un caractère faible, peut être assez forte pour faire naître des symptômes morbides de diverse nature.

Il n'est pas sans intérêt de résumer les opinions des anciens médecins et de les rapprocher de celles des physiologistes de nos jours.

J'ai été plusieurs fois consulté par des individus qui attribaient la maladie de leurs femmes, la mort de l'enfant ou ses vices de conformation, soit à *un regard*, soit *aux mauvaises intentions* de mendiants estropiés ; ils voulaient les poursuivre et les rendre responsables de ces accidents.

En faisant la part la plus large à l'exagération des préjugés populaires, il n'en reste pas moins pour le médecin un besoin de rechercher s'il existe dans de semblables questions une solution satisfaisante, ou si l'on doit avouer l'impossibilité d'y répondre.

### *De l'influence de l'imagination.*

Jusqu'au commencement du XVIII^e siècle les médecins adoptaient l'opinion d'Hippocrate, et les philosophes admettent avec Empédocle, non seulement que les émotions vives éprouvées par les femmes pouvaient être cause de difformités des fœtus, mais encore que les désirs ou envies des femmes grosses, déterminaient le développement des signes ou marques des enfants.

Un médecin anglais, Jacques Blondel, en critiquant cette opinion devenue vulgaire, donna en 1727 le signal des attaques qui furent vivement continuées par Bercher, Buffon, Haller, etc.

De longues dissertations ont été écrites pour détruire les raisonnements de Stahl, de Boerhaave, etc., ou les hypothèses de Descartes, Malebranche, Locke. Si aujourd'hui des médecins et des physiologistes français rejettent les opinions anciennes, regardent comme fort peu vraisemblable que l'imagination maternelle influe sur la formation du fruit, et que les idées dont la mère s'est vivement occupée puissent laisser des traces dans l'organisation des fœtus (1), d'autres, comme M. Virey, établissent une distinction (2). Si nous ne croyons pas, dit il, à ces imaginations qui font naître telle tache, telle verrue, d'autres jouent un rôle très-puissant et très réel pendant la gestation. D'abord des terreurs violentes étant capables de faire avorter, des craintes moins vives peuvent bouleverser le cours du sang, des autres humeurs que l'utérus envoie à l'embryon pour sa nourriture. Ce viscère, éprouvant des constrictions spasmodiques, par diverses affections morales, peut donc gêner, resserrer, obstruer plus ou moins le développement des membres et de plusieurs organes du jeune animal ; il peut résulter de ces compressions des déplacements, des éraillements, des distorsions, des renversements de parties. On a vu des fœtus, par suite de commotions vives de l'imagination maternelle, avoir l'épine du dos rompue, les jambes brisées, les pieds tordus, la tête entr'ouverte ou fendue ; on a vu des mâchoires arrachées, des yeux saillants hors de la tête, etc. *Nous ne parlons pas des coups ou des chutes ;* mais par des émotions vives de la mère, le fœtus recevant des secousses et des contractions, tout cela n'est point causé directement par l'imagination, mais elle y contribue souvent en excitant plusieurs spasmes extraordinaires dans les organes consacrés à la reproduction.

Cette divergence des opinions sur la cause de l'un des phénomènes physiologiques les plus curieux semblerait devoir cesser lorsqu'on lit les ouvrages des auteurs allemands, car ils admettent beaucoup plus nettement l'influence de l'imagination maternelle.

... Il semble, dit Burdach (3), y avoir de la témérité à déclarer une chose impossible tant que l'analogie ne s'élève pas absolument contre elle. Si nous voulions nier un phénomène vital par la seule

(1) Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, *Histoire des anomalies.* Paris, 1836, t. III, p. 541.

(2) *Dict. des sc. médic.*, p. 78, t. XXIV.

(3) *Traité de physiologie.* Paris, 1838, t. II. — Voyez aussi P. Lucas, *Traité physiologique de l'hérédité.* Paris, 1847-1850, 2 vol. in-8.

et unique raison qu'il nous serait impossible de dire quelles en sont les conditions matérielles, il faudrait aussi déclarer qu'il y a impossibilité à ce qu'une qualité quelconque passe du grand-père à son petit-fils, ou à ce que le fils hérite des traits, de la taille, de la constitution, des prédispositions morbides, des talents et des inclinations de son père.

Pour soutenir l'hypothèse que ce qui existe en idée chez la femme peut se matérialiser, le physiologiste allemand Stack s'appuie sur l'observation vulgaire que les idées produisent dans le corps un changement qui leur correspond ; qu'elles accroissent certaines sécrétions ; qu'elles augmentent l'afflux du sang vers tel ou tel organe ; qu'elles déterminent certains mouvements et font naître des sensations particulières.

Or l'imagination des femmes étant dirigée tout entière sur leur fruit, l'activité entière de leur vie n'a d'autre tendance que sa formation ; de même que chez un blessé, la pensée concentre principalement son action sur la partie qui est en travail de se régénérer.

Les explications dans lesquelles entre Burdach ont pour but de limiter en quelque sorte son opinion. A peine est-il nécessaire de rappeler que, si nous reconnaissons, comme un fait incontestable, la possibilité que des monstruosités soient l'effet de l'imagination maternelle, nous ne prétendons pas dire par là que toutes les monstruosités dérivent de cette source ; de même que parce qu'on reconnaît que l'hydrophobie peut dépendre de l'imagination, il ne s'ensuit pas qu'elle ne puisse aussi résulter de la morsure d'un chien enragé.

Loin de là, nous croyons, au contraire, que la vie de l'embryon résiste ordinairement à cette influence, et n'y cède que dans des cas rares ou exceptionnels. Nous n'admettons pas non plus que toutes les idées de la mère produisent cet effet, et nous croyons qu'il exige un ébranlement plus profond, ou une tension longtemps soutenue de l'imagination et une susceptibilité extraordinaire de l'embryon. Enfin nous ne croyons qu'aux faits rapportés par des observateurs dignes de foi ; à ceux dans lesquels l'impression reçue par l'imagination était connue avant l'accouchement, et s'est trouvée correspondre exactement à la nature de la monstruosité ; à ceux aussi dans lesquels l'époque de l'impression reçue est proportionnée au genre de la difformité : car les monstruosités qui intéressent profondément l'organisation ne peuvent être survenues que pendant la première moitié de la grossesse ; tandis qu'il est possible que celles qui n'occupent que les parties superficielles datent d'une période moins éloignée.

Les faits suivants, que j'ai constatés, peuvent être rangés avec les observations authentiques consignées dans les ouvrages des physiologistes.

*Premier fait.* — Une femme, âgée de vingt-quatre ans, d'une bonne constitution, et mère de deux enfants bien conformés, se trouvait à une assemblée (foire considérable), lorsqu'elle entra dans une baraque où l'on montrait des animaux vivants et empaillés, et des monstres conservés dans l'alcool, parmi lesquels se trouvait un chat hydrocéphale. Dès qu'elle l'aperçut, elle voulut sortir aussitôt de la baraque, en s'écriant : *Quelle horreur ! il a une figure d'enfant.* Les personnes qui l'accompagnaient insistèrent pour la faire rester, et la plaisantèrent de sa frayeur.

Huit mois après, cette femme accouchait d'un enfant mort, du sexe masculin, et hydrocéphale.

*Deuxième fait.* — Madame C... était à son deuxième mois de grossesse, lorsqu'elle vit passer une charrette conduisant trois hommes qui étaient condamnés à mort ; l'un d'eux, à demi évanoui, avait la tête inclinée à droite ; son attitude exprimait l'abattement moral le plus complet.

Madame C... accoucha d'une fille qui, à sa naissance, avait une inclinaison de la tête à droite avec renversement sur l'épaule ; cette direction vicieuse a persisté.

*Troisième fait.* — Madame B..., mère de quatre enfants bien conformés, pendant le commencement d'une cinquième grossesse, a éprouvé différents phénomènes nerveux auxquels elle n'était pas sujette, tels que des spasmes avec contraction des membres. Vers le troisième mois, madame B... désira vivement manger des moules marines ; on ne put satisfaire son envie que huit jours après. Dès qu'elle les aperçut, elle ressentit un tel dégoût, qu'elle n'en mangea pas ; et depuis sa répugnance a persisté.

Madame B... est accouchée facilement d'une fille, qui porte sur la jambe gauche une tache violacée de forme ovalaire, ayant l'étendue et l'aspect d'une coquille de moule.

Une femme enceinte fut très-effrayée à la vue d'une flamme éloignée qu'elle apercevait dans la direction de son endroit natal. L'événement apprit qu'elle avait eu raison. Comme la distance était de 14 lieues, il se passa quelque temps avant qu'on sût rien de positif, et cette longue incertitude agit probablement avec force sur l'imagination de cette femme, qui assura ensuite avoir toujours la flamme devant les yeux. Trois mois après l'incendie, elle accoucha d'une fille qui avait sur le front une tache

rouge, terminée en pointe, comme une flamme ondoyante. Cette tache ne s'effaça qu'à l'âge de sept ans. Je rapporte ce fait, dit Baer, parce que j'en connais très-bien tous les détails, attendu qu'il concerne ma propre sœur, que j'ai entendue se plaindre avant l'accouchement de la flamme qu'elle avait sans cesse devant les yeux.

Carus, Varing, ont connu des femmes qui, ayant vu pendant leur grossesse des enfants atteints de bec-de lièvre, sont accouchées d'enfants qui portaient cette difformité.

Les ouvrages de médecine allemands et anglais renferment des faits semblables cités par Klein, Brandis, Toone, Hoare, etc.

L'authenticité de ces observations établit la répétition des mêmes phénomènes, mais ne les explique pas. On doit toutefois reconnaître l'influence des impressions morales de la mère sur son fœtus, dans certains cas, et il appartient à la sagacité du médecin de distinguer ce qui peut être exact parmi les déclarations qui lui sont faites.

*Influence des impressions physiques.*

L'impression d'un coup violent porté sur les parois de l'abdomen peut, même sans intéresser le tissu de ces parois ni celui de l'utérus, produire sur le fœtus des contusions graves et principalement du foie, des ecchymoses plus ou moins étendues, des épanchements de sang, des hernies, des fractures, des luxations. De fortes secousses imprimées au corps ont aussi causé la plupart de ces lésions.

Les faits de ce genre ont été fréquemment notés, et ils doivent être considérés comme autant de causes des accouchements avant terme. Sous le rapport médico-légal, les blessures du fœtus donnent lieu à des investigations particulières, lorsque des coups ont été volontairement portés à la mère pendant sa grossesse. Après avoir constaté les lésions diverses que présente le fœtus, on établit leurs relations avec les phénomènes morbides ressentis depuis l'époque à laquelle les violences ont eu lieu, afin d'apprécier leur degré d'influence directe ou indirecte.

Ces contestations ne présentent pas ordinairement de difficultés ; mais l'expert doit avoir présents à la mémoire les caractères des altérations des tissus osseux produits par le ramollissement ou le défaut de consistance.

Tel était le cas observé par Chaussier, d'un fœtus dont tous les os longs offraient chacun une ou plusieurs fractures ; les unes étaient récentes, les autres commençaient à se consolider et étaient complétement réunies. Le nombre total des fractures

était de cent treize. La mère n'avait éprouvé aucun accident, n'avait été frappée d'aucune impression vive pendant sa grossesse.

La division incomplète ou complète d'un ou de plusieurs membres pourrait ne pas être le résultat de violences exercées directement sur la mère et indirectement sur le fœtus, mais résulter d'une *amputation spontanée*.

Le docteur Montgomery, de Dublin, a rapporté des faits desquels il résulte que des brides fines et résistantes, et quelquefois le cordon ombilical lui-même, étreignent circulairement les membres ; des sillons, des dépressions profondes se forment au niveau de ces ligatures organiques ; plus tard arrive une section graduelle et enfin complète, en dernier lieu la séparation de la partie qui n'offre d'ailleurs aucune altération de tissu.

Les résultats de cette constriction offrent ce fait remarquable, que la peau paraît être la partie qui résiste le plus à l'étreinte que subit le membre, qu'elle se laisse déprimer sans être entamée, tandis que les parties sous-jacentes sont lentement coupées ; qu'il arrive un moment où rien ne la sépare plus de l'os, et que l'os lui-même, lorsqu'il est cartilagineux, est peut-être coupé avant elle : ce mode de séparation explique l'aspect lisse du moignon qui n'offre de cicatrice réelle que son centre.

M. Montgomery considère ces brides comme des pseudo-membranes filamenteuses, semblables à celles qui se forment dans la cavité des membranes séreuses.

Chaussier a cité trois exemples de fœtus privés de la main et d'une portion de l'avant-bras ; il attribuait ce résultat à la gangrène et au travail éliminatoire consécutif. Les signes de séparation étaient prononcés et différents de ceux que je viens de rapporter.

M. Watkinson a observé, en 1824, un enfant qui succomba vingt minutes après sa naissance. La jambe gauche semblait avoir été amputée à peu de distance au-dessous des malléoles. Le pied était resté dans le vagin. Ce pied, plus petit que l'autre, ne présentait aucune trace de gangrène ; il n'offrait même aucune altération de couleur, et s'était parfaitement conservé dans l'eau de l'amnios. Les deux surfaces étaient presque cicatrisées.

La connaissance de ces cas rares est nécessaire pour prémunir les médecins experts contre les erreurs fort graves par leurs conséquences judiciaires.

Quant à la cause de ces lésions singulières, M. P. Dubois fait remarquer que cette question est encore dans un doute que l'état actuel de la science ne permet pas de trancher.

En esquissant l'étude des questions précédentes, mon but est de les signaler à l'attention des observateurs, et de provoquer une solution qui n'a pas encore été obtenue, malgré les nombreuses discussions qu'elles ont soulevées.

---

12. *Chorée aiguë survenue pendant la grossesse, suivie d'accouchement et de mort; absence de lésions anatomiques*; par le docteur ARAN.

(L'Union médicale, N° 46; 19 avril 1851.)

Tous les traités d'accouchements consacrent un article plus ou moins étendu à l'étude des troubles de l'innervation que l'on observe pendant le cours de la grossesse. Tour à tour, ils passent en revue les appétits dépravés, les vomissements nerveux, les syncopes, les palpitations, la dyspnée et la toux nerveuses, les spasmes de l'estomac et ceux de l'utérus, les convulsions ou éclampsie, etc. Mais ce dont on est véritablement surpris, c'est qu'il n'y soit pas fait mention de la chorée, non pas que la grossesse entraîne aussi fréquemment la production de cette maladie qu'elle provoque l'apparition de quelques autres phénomènes du même ordre, des vomissements, par exemple, mais parce que des faits assez nombreux permettent d'établir que la gestation peut et doit être considérée comme une circonstance plus ou moins directement favorable à la production des phénomènes nerveux choréiques.

Ce n'est pas, au reste, que la chorée soit la seule névrose qu'on observe pendant le cours de la grossesse. Dans le remarquable travail qu'il a publié, il y a quelques années, sur les troubles du système nerveux considérés dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement, Lever a signalé, en outre de cette maladie, les affections convulsives, la paralysie des diverses parties du corps, des extrémités et des nerfs des sens spéciaux, ainsi que la manie; nous pouvons y ajouter les contractures, ainsi que nous en avons rapporté dans cette revue un bel exemple emprunté à M. Sandras. Mais ce sur quoi Lever a insisté principalement, c'est la résistance de ces troubles nerveux aux traitements les plus rationnels, tant que dure la grossesse, résistance telle, qu'il est presque sans exemple de les voir guérir complétement avant l'accouchement, et l'inutilité par conséquent de recourir contre ces accidents à un traitement trop énergique et en particulier à l'accouchement artificiel préma-

turé. Telle est aussi l'opinion d'un médecin qui a publié, dans ces derniers temps, un travail remarquable sur la chorée, M. le docteur Sée, qui semble ne pas attacher une grande importance à ce qu'il appelle la chorée de grossesse.

Il est une question qui n'a pas été abordée directement par Lever, mais dont la solution résulte implicitement des conclusions de son travail, c'est l'influence exercée par la chorée sur la marche de la grossesse. Du moment où ce médecin conseille de s'abstenir de tout moyen trop actif et trop énergique dans le traitement des troubles nerveux qui coïncident avec la grossesse, c'est qu'il ne pense pas, c'est qu'il n'a pas observé que ces accidents aient exercé une influence fâcheuse sur la gestation. C'est, au reste, dans le même sens, que cette question a été résolue par M. Sée : « Quelles que soient la durée et l'intensité des acci-« dents musculaires, dit ce dernier médecin, il n'y a rien à « craindre des résultats sur l'utérus : la chorée n'atteint pas les « muscles des viscères, pas plus les fibres de la matrice que « celles de l'estomac, et *il n'y a pas plus de danger pour l'enfant « que pour la mère.* On peut, au premier abord, être frappé des « trois avortements cités plus haut ; mais il est au moins un de « ces accidents qui s'explique par d'autres causes, c'est-à-dire « par les escarrhes gangréneuses et par les saignées qui furent « pratiquées à plusieurs reprises pour faire cesser les mouve-« ments choréiques. Une autre fois, cet accident fut compliqué « et peut-être provoqué par une hémorrhagie utérine. Le troi-« sième cas est sans détails. Toutes les autres malades sont « arrivées à terme sans accident fâcheux ; de sorte qu'il paraît « difficile d'accuser la chorée de produire des avortements, et « surtout de conclure à la nécessité de l'accouchement artifi-« ciel. »

A ces conclusions, très-justes sans doute, mais un peu trop générales, nous avons à répondre en rapportant un fait de chorée développée pendant la grossesse, et qui a suivi une marche graduellement croissante jusqu'à l'avortement et à la mort. Nous la reproduisons telle qu'elle a été rédigée par M. Leflaivre, interne distingué des hôpitaux :

Au n° 14 de la salle Saint-Joseph, était couchée le 21 mars, une jeune femme de 20 ans, frangeuse, d'une constitution faible, et d'une apparence scrofuleuse : cheveux châtain clair, teint pâle, lèvre supérieure assez développée, cicatrice d'un abcès froid au coude qui la gêne un peu dans les mouvements du bras droit, cicatrice au-dessus du premier métatarsien droit annonçant une affection ancienne de cet os. Cette partie du pied est

atrophiée et le gros orteil est sur un plan postérieur aux autres. Ces deux abcès se sont fermés, dit-elle, vers l'âge de 16 ans, époque à laquelle elle vit ses règles pour la première fois.

Depuis l'âge de 16 ans elle avait été bien réglée, elle s'est mariée à 18 ans, avait eu un enfant l'an dernier ; elle était enceinte pour la seconde fois, et, parvenue au sixième mois de sa grossesse, sa maladie remontait à un mois : à la suite d'une frayeur vive, elle avait été prise d'un accès de délire furieux, elle était, dit-elle, comme enragée, elle cherchait à se détruire. Huit jours après survinrent des mouvements involontaires, ils débutèrent à la fois par les membres supérieurs et inférieurs; en même temps elle éprouva une sensation de faim qui persista assez longtemps, et céda le 18 mars à une saignée de deux palettes ; elle avait eu un vomissement le 19, elle n'a pas vomi depuis ni avant. Elle avait été traitée sans succès par des bains frais et des pilules dont elle ne connaît pas la composition.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, 22 mars, la malade présentait des mouvements involontaires et désordonnés dans les membres inférieurs et supérieurs qu'elle remuait presque continuellement, mais avec une certaine lenteur. De temps en temps on apercevait quelques mouvements dans la partie inférieure de la figure et dans les paupières ; embarras de la parole qui était très-lente ; toutes les autres fonctions se faisaient bien. — *Traitement :* 6 pilules de sulfate de zinc de 10 centigram. ; deux portions.

Le 23 mars, accès ce matin avant la visite, pendant lequel elle chercha à frapper et à mordre les personnes qui l'entouraient. Au moment de la visite, l'agitation était bien plus vive que la veille, elle consistait en des mouvements désordonnés des membres, tant supérieurs qu'inférieurs, des muscles du tronc et de quelques-uns de ceux du visage. La respiration est inégale, suspirieuse. — *Traitement :* 8 pilules sulfate de zinc de 10 centigrammes.

Le 24, la malade était plus calme, elle n'avait pas eu de nouvel accès. Douleurs dans le ventre, sans diarrhée : 10 pilules id. ; lav. laudan. 10 gouttes.

Le 25, persistance des douleurs de ventre, la malade n'avait pas pris son lavement laudanisé. Un peu plus d'agitation que le 24. — *Traitement :* 10 pil. id.; affusion d'eau froide.

Le 26, l'agitation a été beaucoup plus forte dans la soirée du 25. La malade n'a pas eu d'affusion : 10 pilules.

Le 27, très-grande agitation avec fureur toute la nuit. On avait été obligé d'employer la camisole de force. Cet état conti-

nuait, mais moins violent, au moment de la visite; intelligence peu nette. (3 cuillerées de liqueur d'arséniate de soude au 1/12e.)

Le 28, les douleurs de ventre, qui avaient continué, avaient redoublé aujourd'hui, la tête de l'enfant était dans le petit bassin ; le col de l'utérus était ramolli mais non dilaté (l'avortement semblait se préparer). L'agitation était aussi vive. — Affusion d'eau froide ; 13 sangsues sur l'abdomen.

Le 28 au soir, l'affusion avait été suivie d'une demi heure de calme ; mais après ce temps l'agitation avait reparu aussi forte ; elle avait surtout redoublé après l'application des sangsues. Délire. — (*Traitement :* extrait aqueux d'opium, 0,15 cent., ou 3 pilules.)

Le 29, même état. Nuit fort mauvaise. — *Traitement :* extr. gommeux opium, 6 pilules de 0,05. Une toutes les quatre heures ; lavement d'assa fætida, 4 gram., administré pendant le sommeil, provoqué à l'aide du chloroforme.

Dans la soirée, la malade tomba dans un violent état d'agitation, accusant des douleurs très-vives dans le ventre. Vers minuit, le calme lui succéda, et le 30, la mort eut lieu dans le coma, à sept heures du matin, avant que la matrice eût expulsé entièrement le fœtus du vagin. Celui-ci était mort.

L'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, ne révéla rien de remarquable.

Les poumons présentaient un assez grand nombre d'adhérences anciennes, tant au bord postérieur qu'au sommet. Quand on les incisait, on remarquait une congestion très-vive, surtout au bord postérieur et à la base ; les autres organes de la poitrine ne présentaient rien de particulier.

L'utérus n'était pas revenu sur lui-même. Il était d'ailleurs dans les conditions physiologiques.

La dure-mère était tendue ; elle laissait écouler une certaine quantité de sérosité. Les sinus étaient remplis de sang. Le cerveau avait sa consistance anormale ; à la coupe il offrait un piqueté très-prononcé ; un peu de sérosité dans les ventricules latéraux. Le cervelet paraissait un peu plus mou dans sa matière grise et injecté. La moelle était parfaitement saine.

Ainsi, voilà une jeune femme de vingt ans, enceinte pour la seconde fois, qui a été prise au quatrième ou cinquième mois de la grossesse, à la suite d'une frayeur vive, d'accidents choréiques compliqués d'accès de délire furieux et d'agitation, et qui a succombé, malgré tous les traitements mis en usage, neuf jours après son entrée à l'hôpital. Cette terminaison fâcheuse

avait semblé probable et imminente à tous, du moment où la maladie résistait à tous les moyens destinés à provoquer du calme et du sommeil ; et, comme dans la plupart des cas de chorée suivis de mort, il a été impossible de trouver une altération anatomique qui pût rendre compte de l'intensité et de la persistance de ces troubles nerveux. L'avortement n'a eut lieu que dans la nuit qui a précédé la mort de la malade, mais il paraissait imminent depuis plusieurs jours : l'utérus était fortement tendu et contracté sur le fœtus, dont la tête faisait saillie dans le vagin à travers les parois utérines amincies, sans dilatation du col toutefois, et le ventre était le siége de douleurs très-vives à la pression, douleurs dont la malade se plaignait principalement, et contre lesquelles vinrent échouer les opiacés et les calmants de toute nature, ainsi que leur application de sangsues.

---

## VI. Chirurgie, Orthopédie et Ophthalmologie.

### PATHOLOGIE EXTERNE.

13. *De la nature locale ou générale des tumeurs*; par M. le docteur LEBERT, (Mémoire communiqué à la Société de biologie en octobre 1850.)

(Gazette médicale de Paris, Nos 22; 1851.)

Dans un ouvrage étendu sur les maladies cancéreuses, qui vient d'être livré à la publicité, j'ai exposé le résultat de toutes mes études sur l'histoire générale et spéciale du cancer proprement dit et des maladies curables confondues avec lui.

Je publierai de plus, prochainement, dans le troisième volume des *Mémoires de la Société médicale d'observation*, quelques-uns des faits les plus importants qui m'ont servi à établir mes doctrines générales sur le cancroïde.

Au moment de présenter ces travaux au public, j'éprouve le besoin de développer spécialement ici le point de doctrine des maladies cancéreuses que je regarde comme de beaucoup le plus important pour la science aussi bien que pour la pratique: c'est celui qui est relatif à la nature locale ou générale du cancer et des tumeurs avec lesquelles on le confond.

Pendant des siècles on a cru, et aujourd'hui encore on imagine, que les termes de *malignité* et de *bénignité* désignent la différence fondamentale entre le cancer et les autres produits accidentels. Mais quelle déplorable absence de philosophie médicale dans une division aussi peu rationnelle! On ne saurait douter que cette division des tumeurs a exercé une influence très-fâcheuse sur les progrès de la chirurgie. En faisant de ces termes vagues et élastiques un principe de classification, on n'a pas mieux fait la science que le vulgaire qui divise les maladies en celles qui guérissent et celles qui tuent, ou les bergers, qui classent les plantes en herbes de pâturage et en herbes vénéneuses.

Ce qui prouve encore toute l'inconsistance scientifique d'une pareille division, c'est que la même tumeur peut être tour à tour bénigne ou maligne, selon qu'elle est placée à 1 centimètre plus haut ou plus bas. Citons un exemple : une tumeur fibreuse de l'utérus donne lieu à des hémorrhagies abondantes qui épuisent les forces de la malade ; cette tumeur est-elle accessible aux moyens chirurgicaux, on l'extrait et la malade guérit ; mais si cette même tumeur est située dans une partie de l'utérus où l'on

ne puisse l'atteindre, a-t-elle par cela même changé de nature, et de bénigne est-elle devenue maligne ?

La maladie connue par les chirurgiens sous le nom d'ulcère cancéreux de la face est regardée comme incurable lorsqu'elle a acquis de grandes dimensions. Quoi de plus malin par conséquent que cette maladie, qui tôt ou tard doit entraîner la perte du malade? Eh bien ! nous avons vu M. Manec guérir solidement de ces ulcères, déclarés au-dessus de toutes les ressources de l'art par des chirurgiens très-renommés.

Il est donc temps d'abandonner un terrain si peu solide, si peu en harmonie avec l'esprit sévère qui doit dominer aujourd'hui les sciences d'observation.

Pour nous, la grande question, dans le pronostic et dans le traitement des tumeurs, est, nous le répétons, la considération de la nature locale ou générale de ces productions accidentelles. Ce principe ne nous est point venu à l'esprit par intuition. Nous ne donnons point ici une théorie nouvelle ; nous constatons seulement le résultat de l'étude de faits nombreux et l'analyse de plus de quatre cents observations sur les maladies cancéreuses proprement dites, et de près de six cents observations sur les tumeurs non cancéreuses.

Nous allons en quelques mots exposer nos doctrines sur ce point.

Le cancer est, à n'en pas douter, une maladie de l'économie tout entière. Telle a été l'opinion des médecins depuis l'antiquité, et si l'opinion contraire a pu un moment s'accréditer, c'est qu'on ne suivait pas assez longtemps les malades atteints de cancer, et que l'on confondait en outre avec celui-ci beaucoup d'affections qui lui ressemblaient par quelques caractères, mais qui en différaient par beaucoup d'autres. Il y a eu d'ailleurs de tout temps un certain nombre de médecins qui jugeaient les questions pathologiques d'après des idées théoriques, les prévisions de l'esprit ayant pour eux plus d'attrait que les résultats de l'observation.

Mais lorsque l'on a étudié le cancer chez un grand nombre de malades et dans toutes ses principales variétés, on sait que malheureusement la première apparition de la plus petite tumeur cancéreuse est déjà l'expression et la manifestation d'une diathèse générale, bien que la santé pendant quelque temps encore reste intacte, et que les souffrances, durant les premiers temps, puissent être à peu près nulles. Il en est de ces tumeurs cancéreuses naissantes, pour l'œil exercé du chirurgien, comme de ces petits nuages qui apparaissent sur l'horizon lorsque la mer est

calme et le ciel encore pur, et que le spectateur ordinaire croit à peine dignes de quelque attention, tandis que, pour le marin exercé, ils sont le présage certain d'un orage qui va bientôt envelopper l'horizon tout entier.

Quelle que soit la partie du corps sur laquelle le cancer se localise primitivement, le mal a non-seulement de la propension à s'étendre, mais en outre, qu'il donne lieu ou non à des dépôts secondaires, sa tendance infectante générale est constante et toujours progressive jusqu'à la terminaison fatale, à moins que les accidents locaux prennent assez de gravité pour trancher plus tôt le fil de l'existence. Aussi ne suffit-il pas d'extirper de bonne heure et de la manière la plus complète une tumeur cancéreuse ; elle reviendra tôt ou tard, et si ce n'est dans le point primitivement affecté, ce sera sur quelque point plus éloigné du corps. Si, dans un certain nombre de cas, la période ultime du cancer, le dépérissement et le marasme surviennent sans dépôts cancéreux secondaires, nous n'avons pas moins la preuve que le mal s'était emparé de l'organisme tout entier. Une femme atteinte d'un cancer de l'utérus qui ne donne pas lieu à des hémorrhagies abondantes, un homme atteint d'un cancer de l'estomac placé de façon à ne presque pas provoquer de vomissement, ne succombent pas moins l'un et l'autre à cette maladie, et cela après avoir présenté la perte des forces et de l'embonpoint, l'étiolement du teint, des troubles de toutes les grandes fonctions organiques. Il est clair alors, pour l'observateur attentif, que la masse tout entière du sang, toute l'économie dans son ensemble, a été frappée, bien que l'examen pendant la vie et le scalpel après la mort ne découvrent point de cancers secondaires. On trouvera un jour bien plus d'analogie entre ces maladies diathésiques et les empoisonnements qu'on ne s'en doute encore aujourd'hui.

Parmi les nombreuses affections que l'on a confondues avec le cancer, il n'y a pas une pour laquelle un examen attentif ne soit capable de démontrer des différences fondamentales. Plus on mettra de précision dans l'observation, plus on se convaincra que ces caractères différentiels ne sont point isolés ni exceptionnels, qu'il ne s'agit pas d'artifices du scalpel ni d'arguties du microscope, et que le début, le développement, la marche, toute la physiologie pathologique, en un mot, aussi bien que l'étude des altérations, concourent à tracer les lignes de démarcation, et à ces limites naturelles correspondent aussi des circonscriptions thérapeutiques toutes différentes; car dès que le mal est tout local, tous les efforts du médecin ou du chirurgien ne

sont plus frappés de cette fatalité des récidives comme dans le cancer. Le champ est ouvert aux plus grands efforts de l'intelligence, et le domaine des maladies curables est susceptible d'être considérablement agrandi.

Mais si telle est notre conviction, si telle est, dans la généralité, la différence philosophique entre la maladie locale et la maladie générale, n'oublions pas que l'observation nous fait reconnaître, dans les détails de cette esquisse tracée à grands traits, des différences notables dans la marche et la gravité des diverses affections locales confondues avec le cancer.

Nous allons envisager un instant les produits accidentels, principalement au point de vue de la nature locale ou générale. Nous arrivons à un premier groupe de tumeurs pour lesquelles la nature strictement locale est la règle générale. Dans cette catégorie se trouvent les tumeurs enkystées de la peau, les tumeurs érectiles, les tumeurs graisseuses et cartilagineuses. L'économie toute entière reste intacte, et ne paraît point prendre part à l'altération nutritive, toute locale, toute circonscrite. Mais déjà, dans ce groupe de tumeurs, qu'il ne viendrait à l'esprit de personne de rapprocher du cancer, nous trouvons d'assez grandes variétés dans cette manifestation locale. Les tumeurs enkystées qui tirent leur origine de glandes sébacées ne peuvent point, à coup sûr, infecter l'économie ; mais on peut en trouver de disséminées sur divers points du cuir chevelu. Nous avons vu dernièrement un ancien militaire qui portait plus de quatre-vingts de ces tumeurs sur divers points de la surface du corps, et l'examen d'une d'entre elles nous a donné les preuves de la nature athéromateuse de ces diverses tumeurs. M. Rouget a présenté, l'année dernière, à la Société de biologie, le crâne d'une femme qui portait depuis longtemps une tumeur enkystée à la tête, tumeur qui, à la suite de plusieurs chutes, s'était développée outre mesure et avait subi un travail d'inflammation et d'ulcération, et en outre de nombreuses glandules sébacées s'étaient développées au point de creuser des petites fossettes à la surface du crâne. On voit donc, par ces exemples, que cette maladie toute locale peut atteindre un certain nombre de points du derme à la fois ; mais aucun organe de l'économie n'en est atteint en dehors de celui qui est primitivement affecté ; aucune infection de la masse entière du sang n'a lieu et la santé reste intacte. Dans l'exemple de M. Rouget, nous voyons le mal local devenir grave avec le temps, perforer les os du crâne, entraîner une phlegmasie chronique des méninges, conduire le malade au tombeau, et pourtant se montrer à l'autopsie, très-soigneusement faite, comme un mal qui est

resté tout à fait local. Nous avons ici le plus bel exemple de la différence qui existe entre la nature locale et la nature bénigne d'une maladie. A coup sûr cette pauvre femme n'était pas atteinte d'un mal bénin ; mais la malignité ne résidait pas dans une détérioration de l'économie : les violences extérieures répétées y avaient la principale part.

Les tumeurs érectiles sont quelquefois multiples ; mais elles occupent toujours le même ordre de tissus, le même organe, et restent, quelle que puisse être leur gravité, un mal tout à fait circonscrit. En effet, nous voyons quelquefois ces tumeurs prendre par la suite un certain accroissement ; les vaisseaux dilatés augmentent de nombre et de calibre ; le tissu cellulaire qui leur est interposé se développe notablement ; une violence extérieure ou le frottement habituel des vêtements peut produire à leur surface un travail subinflammatoire et ulcéreux ; en un mot, la maladie peut prendre un accroissement tel que, par la suppuration, par les hémorrhagies répétées, etc., les jours du malade soient mis en danger et qu'une opération très-étendue devienne nécessaire. Beaucoup de chirurgiens diraient alors que la tumeur a dégénéré, et que de tumeur érectile elle est devenue fongus hématode et cancer. Il n'en est rien cependant, et déjà Maunoir, dans son beau travail sur les fongus médullaire et hématode, a démontré combien la différence était profonde et constante entre ces deux affections, dont l'une, cancéreuse, était générale et diasthésique, tandis que l'autre était tout à fait locale et susceptible d'être guérie complétement par l'opération, ce dont il cite des exemples remarquables. Ici encore nous voyons que la maladie locale peut devenir fort grave, mais qu'à aucune époque de son existence, elle ne dément sa différence fondamentale d'avec la tumeur diasthésique par excellence, d'avec le cancer.

Les tumeurs graisseuses constituent, sans nul doute, un des produits accidentels les plus bénins, les plus strictement localisés, et encore connaissons-nous dans la science des exemples de lipômes qui se sont enflammés ou ulcérés par suite d'une pression prolongée. Plusieurs fois alors on a prononcé le nom de dégénérescence ; mais pourquoi, au lieu de recourir à cette hypothèse non démontrée, n'a-t-on pas cherché à mettre en rapport ce qui se passait dans ces lipômes, avec le travail inflammatoire et ulcéreux qui peut survenir dans toute espèce de tissu à nutrition vasculaire ? Nous avons observé également des cas dans lesquels un certain nombre de tumeurs graisseuses existaient sur divers points du tissu cellulaire sous-cutané, et ici encore nous rencontrons cette variété de l'état local que l'on pourrait désigner sous

le nom de multiplicité locale, que l'on a souvent confondu avec une diathèse générale. Nous admettrions bien, dans ce cas, que la nutrition du tissu adipeux a subi une altération dans une plus grande étendue que sur le point strictement circonscrit qui occuperait une tumeur unique. Mais d'un autre côté nous constatons l'absence d'altération de tous les autres tissus, à l'exception du tissu adipeux, et nous trouvons également l'absence de toute réaction fâcheuse sur l'économie, absence en un mot de cette action toxique générale, dont le cancer est tour à tour l'effet et la cause.

Dans l'étude des tumeurs fibreuses, nous rencontrons des faits analogues à ceux que nous venons de citer. J'ai observé deux fois des tumeurs fibreuses sous-cutanées multiples. Tout le monde connaît la fréquence de l'existence de plusieurs tumeurs fibreuses dans une seule et même matrice. C'est dans cet organe que la présence de ces produits accidentels peut entraîner des hémorrhagies répétées et abondantes et constituer une maladie fort grave; mais lorsqu'on compare les observations de femmes atteintes de corps fibreux de la matrice avec celles de femmes atteintes de cancer, on trouve une différence énorme, pour les deux affections dans la force de résistance de l'organisme, dans la durée, dans la marche de la maladie, et la nature locale de l'une par opposition à l'altération générale dans l'autre sera si bien démontrée par l'observation clinique, que plus tard il ne restera d'autre rôle à l'examen anatomique que d'en donner la confirmation.

L'étude des tumeurs cartilagineuses vient encore confirmer tout ce que nous venons de dire sur la nature locale des tumeurs homœomorphes. Quoique cette maladie soit bien décrite depuis treize ans seulement, depuis le beau travail de Müller sur l'enchondrome, nous possédons cependant aujourd'hui déjà plus de soixante observations authentiques sur ces tumeurs. Sur ce nombre, il y en a plusieurs où des tumeurs cartilagineuses multiples existaient sur l'une ou plusieurs des extrémités, surtout les mains et les pieds. Mais en parcourant ces observations, on se convaincra bientôt que, malgré cette apparente multiplicité, la maladie était toute locale, que la santé restait toujours bonne et que la marche bénigne ne se démentait point. Une fois de plus cette appréciation doit montrer toute la différence qui existe entre l'altération de la nutrition d'un seul tissu et l'altération de la nutrition générale, entre le mal local et les tumeurs diasthésiques.

On a souvent confondu avec le cancer des hypertrophies glan-

dulaires diverses. Parmi les méprises de ce genre d'une importance secondaire, nous citerons l'hypertrophie des glandes lymphatiques; et ici nous rendons hommage à la perspicacité de M. Velpeau, qui professe depuis longtemps que les tumeurs, quelquefois énormes, qui se développent dans le creux axillaire, n'exercent point d'influence fâcheuse sur l'état général de la santé, et sont, malgré la proximité des gros vaisseaux et des troncs nerveux volumineux, bien plus faciles à extirper qu'on ne devrait le croire. La dissection de plusieurs pièces de ce genre m'a démontré qu'il ne s'agissait en effet que d'une hypertrophie considérable des glandes lymphatiques, et toute la marche de la maladie démontre sa nature purement locale.

L'hypertrophie partielle de la glande mammaire est journellement encore prise pour une affection cancéreuse; mais il est impossible de retrouver à un plus haut degré toutes les différences qui séparent le mal local d'une tumeur par cause générale et spécifique, qu'en comparant la tumeur mammaire hypertrophique avec le cancer de la mamelle. Cette comparaison est encore des plus démonstratives pour la thèse que nous soutenons, savoir qu'à des caractères anatomiques et microscopiques différentiels correspond ordinairement un ensemble de phénomènes cliniques non moins distincts.

Dans l'hypertrophie partielle de la mamelle, nous rencontrons tantôt une tumeur unique, tantôt des tumeurs multiples, et le caractère saillant de la multiplicité locale ressort bien évidemment du fait que le mal s'épuise dans cet organe lui-même. Nous ne connaissons point d'exemple d'une hypertrophie de la mamelle qui aurait produit des altérations secondaires dans des organes éloignés, abstraction faite des glandules axillaires qui s'engorgent d'une manière sympathique, lorsqu'un travail phlegmasique se fait dans la partie hypertrophiée. La santé générale reste intacte, et ici encore la nature locale de la maladie se caractérise par le fait que la nutrition d'un organe ou de deux organes symétriques et homologues peut souffrir sans que le reste de l'économie en soit directement influencé, en tant que la nutrition générale et celle de tous les autres organes conservent leurs caractères physiologiques. C'est par cette viciation de la nutrition plus strictement localisée que l'on peut se rendre compte pourquoi les tumeurs homœomorphes altèrent proportionnellement bien moins la nutrition des tissus ambiants que le cancer.

Que tout praticien se rappelle à présent l'ensemble des caractères cliniques du cancer de la mamelle, sa tendance envahissante, sa propagation locale et générale, sa propension aux récidives,

l'altération profonde de la santé générale qu'il provoque, et nul ne doutera de l'énorme différence qui existe entre cette maladie de l'économie tout entière et l'hypertrophie locale.

Si nous passons maintenant à la comparaison anatomique, nous trouvons que dans l'hypertrophie partielle la tumeur est bien circonscrite et composée dans son intérieur de lobes et de lobules glandulaires, et que le microscope y démontre les cœcums terminaux de la mamelle. Dans le cancer, au contraire, la dissection fait voir une tumeur plus diffuse ; on constate dans celle-ci la destruction des éléments normaux de la glande, et on retrouve les cellules caractéristiques du cancer, qu'un examen superficiel seul peut faire confondre avec l'épithélium glandulaire.

Parmi les tumeurs que j'ai séparées du cancer dans ma *Physiologie pathologique*, se trouvent les tumeurs de nature fibro-plastique. Je leur ai donné ce nom, parce qu'elles se composent d'éléments que l'on retrouve dans le développement embryonnal, dans les tissus à l'état complet et dans la formation des produits accidentels, chaque fois qu'un tissu fibreux ou dérivant de ce tissu doit prendre origine. A l'état normal, nous trouvons ces cellules oblongues, à noyaux étroits, ces corps fusiformes, ces fibres incomplètes, dans la formation et dans la structure faite du derme et de plusieurs membranes muqueuses, ainsi que dans le périoste. Aussi voyons-nous souvent des tumeurs fibro-plastiques tirant leur origine du derme, du tissu cellulaire sous-cutané, du périoste, des membranes séreuses et fibreuses. Dans les méninges, elles forment des tumeurs ordinairement uniques, dont la base large ou le pédicule étroit fait reconnaître le point d'origine ; elles ont cela de particulier qu'elles peuvent se creuser des loges profondes dans la substance encéphalique, sans faire corps avec elle. Les tumeurs kéloïdes de la peau sont également de nature fibro-plastique ; il en est de même de certaines tumeurs très-volumineuses et bien circonscrites qui se développent dans les membres, et dans la cuisse surtout. Mais ce qui a jeté le trouble dans l'esprit d'un certain nombre d'observateurs sur la nature de ce tissu, c'est que lorsque ces tumeurs tirent leur origine du périoste, elles peuvent être très-diffuses, et l'ostéosarcome fibro-plastique peut jusqu'à un certain point simuler quelques-uns des caractères du cancer ; nous avons même vu des spicules osseuses se développer dans son intérieur. Est-ce à dire pour cela qu'il s'agit d'un cancer, parce que la tumeur a avec celui-ci quelques points de ressemblance ? Nous répondons nettement par la négative. La structure microscopique d'abord est tout à fait différente dans la tumeur fibro-plastique et le cancer ; mais nous

aurions sacrifié peut-être ce caractère si la marche clinique était celle du cancer, et nous en aurions fait alors une forme spéciale; mais il en est tout autrement. La tumeur fibro-plastique est une maladie locale. Nous avons observé nous-mêmes, il est vrai, un cas dans lequel des tumeurs fibro-plastiques s'étaient développées dans un grand nombre d'organes. Dans ce cas, la maladie avait affecté la marche du cancer; mais ce fait est trop exceptionnel pour changer les doctrines générales sur la nature de ces tumeurs. Aujourd'hui le nombre des tumeurs fibro-plastiques que nous avons observées est très-considérable, et d'un côté nous avons par-devers nous des guérisons solides après des opérations pratiquées depuis plusieurs années; d'un autre côté, nous avons constaté maintes fois par l'autopsie l'unicité et la nature purement locale de ces tumeurs. Ici nous avons cependant à relever une objection bien légitime que pourraient nous faire les praticiens : on nous dira, et nous avons observé ce fait nous-mêmes, que des tumeurs fibro-plastiques, et celles des os surtout, se reproduisaient quelquefois après des opérations étendues et bien faites. Cela est vrai, mais en pareil cas la récidive est toujours locale; elle est la continuation plutôt que la reproduction de la maladie première, dont la guérison a rencontré un puissant obstacle dans ce que nous appelons la diffusion locale de la maladie. Le périoste, qui a donné naissance à la tumeur, est malade dans une plus grande étendue que le toucher et l'exploration ne l'ont fait constater, et malgré l'opération bien faite, on a laissé le germe de la repullulation. On ne rencontre point, dans ces circonstances, des récidives éloignées du siége primitif de la maladie, ni l'infection circonvoisine des glandes lymphatiques, ni enfin l'infection de l'économie tout entière avec ses dépôts secondaires. Dans le cas même dont nous avons parlé plus haut, la multiplicité des tumeurs offrait cela de particulier que, dans le principe, une tumeur fibro-plastique du testicule s'était étendue au delà de l'anneau inguinal et avait envahi largement le péritoine, et toutes les tumeurs secondaires se trouvaient sur le péritoine et sur la plèvre.

En résumant toutes nos notions sur la généralité des cas de tumeurs fibro-plastiques, nous ne pouvons donc les envisager que comme l'expression d'une altération nutritive toute locale. Une fois de plus nous rencontrons ici une différence énorme entre la nature locale et la nature bénigne d'une maladie; car telle tumeur fibro-plastique qui aurait entraîné la perte du malade et qui, en ce sens, aurait été tout à fait maligne, ne serait nullement pour cela une affection de l'économie entière, et ne sortirait point du cadre des affections purement locales.

Ici encore les saines doctrines dirigeront et perfectionneront la pratique ; car ce qu'il serait téméraire de faire contre un mal qui serait l'expression d'une diathèse implacable, pourrait devenir un devoir pour le chirurgien lorsque, par une tentative hardie, il serait à même d'atteindre ou de dépasser les limites du mal, et de le couper ainsi à sa racine.

Nous arrivons à un dernier groupe de maladies qu'on l'on a de tout temps assimilées avec le véritable cancer : ce sont ces tumeurs végétantes ou ces ulcères rongeants que l'on rencontre surtout à la surface cutanée, ainsi que sur les membranes muqueuses les plus rapprochées de cette superficie, telles que la muqueuse de la langue, de la portion vaginale du col utérin, et même, d'après une de nos observations récentes, dans la membrane muqueuse des fosses nasales.

L'étude des opinions qui ont régné à diverses époques sur ces tumeurs est très-instructive, en ce sens qu'elle nous montre, d'un côté, qu'il y a un certain bon sens pratique qui peut aller au-devant des découvertes scientifiques, tandis que, d'un autre côté, nous voyons également à quel point l'observation incomplète et superficielle conduit à la fois à l'intolérance et à la fausse interprétation des découvertes.

Les plus grands chirurgiens du dernier siècle savaient déjà très-bien que le cancer cutané offrait un bien meilleur pronostic que celui des autres organes, et déjà, antérieurement à cette époque, les guérisons de cette maladie, obtenues par l'application de la pâte du frère Côme, étaient des preuves vivantes de la nature souvent bénigne du cancer cutané, terme sous lequel on confondait le véritable carcinôme dermatique et ces tumeurs papillaires et les ulcères qui, sous tant de rapports, en diffèrent, et doivent nécessairement en être séparés.

Lorsque plus tard les doctrines sur le cancer ont plus particulièrement préoccupé les pathologistes, on tenait bien compte de ce fait, et on disait qu'à la peau le cancer était une maladie moins grave qu'ailleurs. Mais c'est une erreur ; car le véritable cancer cutané ne le cède en rien, quant à la malignité et à la marche fatale et rapide, aux cancers des autres organes, et l'idée si naturelle que l'on pouvait confondre deux affections différentes sous le même nom venait à peine aux chirurgiens.

Lorsque, il y a six mois environ, M. Ecker, en Allemagne, et moi, en France, nous démontrâmes que beaucoup de tumeurs, prises pour cancéreuses dans les diverses parties du derme, n'étaient autre chose que des altérations hypertrophiques ou autres des papilles, de l'épiderme, des glandules et du derme lui-même,

on reçut cette découverte avec méfiance, et on nous fit l'objection que ces tumeurs étaient cancéreuses, quoi qu'en dise le microscope, parce qu'elles pouvaient récidiver après l'opération. En poursuivant, pour ma part, sans interruption mes recherches sur ces maladies, je pouvais signaler à mes adversaires des objections bien plus fortes encore; j'insistais non-seulement comme eux sur le fait que, dans certaines régions, à lèvre inférieure et à la verge surtout, les récidives locales de ces affections, auxquelles j'avais donné le nom de cancroïdes, n'étaient pas rares, mais encore sur ce que le mal local pouvait même infecter les glandes lymphatiques voisines qui étaient avec lui en connexion anatomique directe, et que de plus le mal pouvait gagner de proche en proche les tissus, au point d'atteindre, à la figure par exemple, les os voisins de la face.

Lorsqu'on a l'habitude de ne se tenir qu'à la superficie des questions, on peut envisager tous ces faits, que je me suis empressé, le premier, de signaler, comme des concessions faites à ceux qui ne voyaient dans ces affections qu'une variété du véritable cancer. Il en est tout autrement cependant en réalité. Si nous comparons d'abord la structure du cancer et du cancroïde cutané, nous trouvons dans l'un la substitution d'un tissu nouveau, dans l'autre l'exagération de tissus normaux, dans l'un les cellules cancéreuses à aspect spécial, dans l'autre les cellules connues de l'épiderme, ou les autres éléments microscopiques que l'on trouve dans la peau à l'état physiologique. La marche dans le cancroïde est bien autrement lente, et lorsqu'on l'a opéré largement, ou il ne revient pas, ou la récidive a lieu sur place. On n'a pas assez tenu compte, en chirurgie, du point où une récidive peut avoir lieu, et nous n'exagérons certainement pas en affirmant que lorsqu'un mal, après des opérations, n'offre jamais d'autre récidive que dans la région même ou dans le proche voisinage du mal primitif, on peut déjà par cela même présumer qu'il s'agit d'un mal purement local, et par conséquent d'une affection non cancéreuse. La tendance aux récidives dénote bien qu'une maladie n'est pas bénigne, et derechef nous constatons ici la grande différence qu'il peut y avoir entre une maladie locale et une maladie bénigne.

Si nous tenons compte des éléments anatomiques qui composent ces cancroïdes, nous trouvons que l'épiderme ou l'épithélium y entrent pour une large part; et, de même que les éléments fibro-plastiques, on les rencontre sur un grand nombre de points différents de l'économie; de plus, leur disposition histologique locale est diffuse et étendue. Il s'ensuit que leurs altérations

morbides doivent pouvoir présenter également cette même extension. L'anatomie normale explique donc ainsi la diffusion locale de la maladie, de même que la structure multilobaire de la mamelle nous rend fort bien compte de la multiplicité locale de certaines hypertrophies partielles de la glande mammaire. Une récidive locale d'un cancroïde n'est souvent que la continuation de la maladie première qui existait à l'état naissant lors de l'opération antérieure. La diffusion physiologique des éléments fibro-plastiques et épidermiques nous explique donc pourquoi, à l'état morbide, ces tissus sont plus envahissants que des tumeurs composées d'éléments qui, à l'état physiologique, sont toujours plus nettement circonscrits. Nous savons en outre que l'épiderme naît d'un blastème d'abord liquide, dans lequel plus tard se forment des cellules. Quoi d'étonnant alors que, lorsque ce blastème est sécrété en surabondance, il puisse arriver au moyen des lymphatiques les plus voisins dans les ganglions les plus rapprochés du siége du mal? Mais quant aux récidives éloignées, aux tumeurs secondaires, quant à l'affection de l'économie tout entière, nous n'avons rien observé de semblable jusqu'à ce jour, dans le cancroïde, bien que nous ayons recueilli plus de cent observations, dont près d'un cinquième avec autopsie cadavérique complète. Le cancroïde, par conséquent, diffère, sous bien des rapports, du cancer, et encore une fois, l'ensemble de toutes ces différences se résume dans sa nature locale.

Voilà le véritable point de vue sous lequel le pathologiste doit toujours envisager les tumeurs et les produits accidentels. Abandonnant la routine surannée qui consiste à ne considérer que la bénignité ou la malignité de ces maladies, on doit avant tout se rendre compte si une maladie est générale ou locale; ce point déterminé, il faut encore distinguer les diverses variétés des maux locaux telles que l'unicité locale, la multiplicité locale et la diffusion locale; et, dans cette dernière, il faut tenir compte d'une plus grande possibilité de la propagation locale.

Le parti que la pratique tirera de l'appréciation juste de ce point de vue, est immédiat. Il évitera à quelques malades des opérations inutiles, et il encouragera à en pratiquer avec hardiesse et avec persévérance, dans des cas où une connaissance moins approfondie de la pathologie les aurait peut-être fait rejeter, au grand détriment des malades.

L'esprit philosophique ne trouve pas moins son compte dans cette distinction, qui met en évidence la cause fondamentale de la marche pathologique différentielle des produits accidentels.

---

14. *Lettre sur les moyens de reconnaître les pierres dans la vessie sans cathétérisme*; par le docteur HEURTELOUP.

(Journal des Conn. médico-chirurg. mai 1851).

L'homme malade de la pierre, plus que tous les autres malades, doit profiter de cette formule banale, mais consacrée par l'expérience et par le bon sens, qu'un mal qui commence est plus facile à guérir que celui qui a parcouru quelques-unes de ses périodes. En effet, Monsieur, le calculeux n'a pas, comme tous les autres malades, la chance d'une guérison spontanée et par les efforts bienfaisants de la nature; son mal doit toujours et fatalement s'accroître jusqu'à ce que la vie, après s'être écoulée dans les souffrances, s'éteigne dans les tortures. Il est donc d'un haut intérêt de lui porter secours aussi promptement que possible.

Cette remarque et quelques autres que j'ai faites devant vous, Monsieur, vous ont conduit à admettre et à me recommander cette proposition, qu'un travail éminemment utile serait celui qui, déduisant d'une manière naturelle les conséquences physiques qui doivent résulter d'un corps contenu dans un organe profondément situé, plein d'un liquide qui doit être continuellement expulsé, ferait prendre à l'observateur des conclusions utiles, et sur l'existence et sur les propriétés physiques de ce corps.

Vous avez vu dans la possibilité de faire un semblable travail, l'avantage très-important de donner souvent aux praticiens le pouvoir de déterminer *à priori*, et sans pratiquer le cathétérisme, dont tous n'ont pas l'habitude, et devant lequel, d'ailleurs, le patient recule trop souvent, non-seulement si un malade portait ou non une pierre dans sa vessie, mais encore quel genre de pierre pouvait exister dans cet organe.

Ce travail, outre qu'il mettrait dans les mains du praticien un puissant moyen d'investigation, donnerait aussi aux calculeux, s'il était assez populairement écrit, et s'il était compris par tous, l'instruction nécessaire pour être éclairés sur eux-mêmes, et par suite pour avoir recours immédiatement aux moyens de guérison que l'art possède.

Si l'on obtenait ce résultat, la pierre, cette maladie dont la seule idée faisait frissonner nos pères, serait rayée de la liste des graves infirmités humaines.

Ce qui va suivre est écrit dans ce double but; c'est un exposé des signes précurseurs, primitifs et consécutifs de la maladie de la pierre, ainsi que des conséquences finales de cette maladie.

Ce que, dans ce court programme, le public a besoin de con-

naître plus particulièrement à titre prophylactique, ce sont les signes *précurseurs* et *primitifs*; je commencerai par les exposer avec soin. Je les ferai suivre immédiatement de l'exposé des conséquences de la maladie de la pierre lorsqu'on la néglige; car leur tableau vrai est de nature à éveiller l'attention et à prévenir la négligence.

L'exposé des signes *consécutifs* est, par sa nature, particulièrement destiné aux praticiens, qui doivent trouver dans l'étude de ces signes, un élément propre à les éclairer quant au diagnostic et à la thérapeutique. Je traiterai de ces signes *consécutifs* dans une seconde section, immédiatement après m'être occupé des signes primitifs.

J'entre en matière.

*Exposé méthodique des signes précurseurs et primitifs de la maladie de la pierre, et des conséquences finales de cette maladie lorsqu'on la néglige.*

Lorsque les calculeux ne devaient être opérés que par la taille, on leur cachait ordinairement la maladie dont ils étaient atteints. Si, chez un sujet sain qui souffrait peu, un chirurgien consciencieux rencontrait une pierre, il se gardait de le dire au malade, et attendait que les souffrances devenues insupportables, nécessitassent cette triste confidence. Mais maintenant que l'art possède la lithotripsie dont l'innocuité réside particulièrement dans la diligence avec laquelle on a recours à elle, il tombe sous le sens que, non-seulement il devient avantageux pour le malade d'être instruit de bonne heure du genre de son affection, mais que, pour que la lithotripsie rassemble sur l'humanité tous les avantages qu'elle est susceptible de produire, il serait d'une grande utilité que la connaissance des signes de la pierre, lorsqu'elle commence, devînt assez populaire pour ne pas permettre que les malades vécussent longtemps dans une fâcheuse sécurité, avec tous les malaises qu'elle cause dans son principe. Aussi est-ce dans l'intention expresse de rendre vulgaire la connaissance de ces signes, que j'essaie de tracer un exposé rapide et raisonné de leur nature. Plus régulièrement déduits des causes qui les produisent qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, et présentés avec méthode, ces signes seront rendus par cela plus appréciables, et me feront conséquemment arriver plus sûrement au but philanthropique que je me propose d'atteindre.

Lorsque, par une circonstance quelconque, un corps étranger existe dans la vessie, et qu'il séjourne pendant quelque temps

dans cet organe, les sels qui entrent dans la composition de l'urine, ou dans la composition des secrétions que produisent les membranes, se déposent autour de ce corps, l'enveloppent et forment, avec plus ou moins de rapidité, ces concrétions plus ou moins volumineuses que l'on connaît sous le nom de *pierres vésicales.*

Il faut donc, pour que ces pierres se forment dans la vessie, qu'il y ait d'abord dans cet organe, un corps autour duquel les sels susdits puissent se déposer.

Or, ces corps se trouvent dans la vessie ou : 1° parce qu'il y ont été introduits par l'urètre, 2° ou parce qu'ils y ont pénétré à travers les tissus, 3° ou parce qu'ils se sont formés dans son intérieur, 4° ou parce qu'enfin, formés dans les reins, ils sont descendus dans la vessie par les uretères (1).

(1) Il y aurait un cinquième mode par lequel des corps étrangers arriveraient dans la vessie, mais ce mode est peu conforme aux idées d'anatomie et de physiologie généralement reçues, c'est lorsque des corps avalés *passent de l'estomac dans la vessie par le torrent de la circulation.*

On lit dans un ouvrage, à l'occasion des corps introduits dans la vessie par l'urètre, ce passage :

« Il est extrêmement rare de trouver des gens qui confessent de bonne foi l'introduction de ces corps étrangers par l'urètre : chacun estime plus commode de dire, et on ne manque pas de l'affirmer, qu'ils ont été avalés, et que l'on ne comprend pas comment ils sont parvenus dans cet organe. Instruit de ce stratagème, le praticien doit au moins savoir douter. Cependant les ouvrages contiennent des faits qui sembleraient prouver que des corps étrangers peuvent passer de l'estomac dans la vessie. Il est question dans les *Transactions philosophiques* de deux balles de plomb avalées par suite de coliques et qui furent rendues par l'urètre. Les *Mémoires de la Société d'Édimbourg* contiennent des exemples dans lesquels des aiguilles avalées auraient été trouvées dans la vessie. Au rapport de Pouteau, des haricots blancs auraient aussi passés de l'estomac dans la poche urinaire, etc., etc. Si les faits rapportés sont exacts, *ces corps suivent-ils le torrent de la circulation?* (*Nouvelles considérations sur les Rétentions d'urines*, p. 113, par J. Civiale, docteur de la Faculté de Médecine de Paris.)

Nous ne faisons pas cette singulière citation dans un esprit d'hostilité, mais dans le but d'éloigner de la lithotripsie tout ce qui peut la déconsidérer et la faire paraître sous un faux jour. L'auteur de ce passage, M. Civiale, a semé dans les différents écrits qui ont paru sous son nom une grande quantité de passages presque frappés au même coin et de la même candide physionomie que celui qui fait l'ornement de notre citation. Ces passages, nous les exhumerons à mesure que nous les rencontrerons en avançant dans la matière qui nous occupe; s'ils divertissent, ils ôteront un peu d'âpreté à la science, et en cela ils seront utiles. Ce procédé, Monsieur, économisera notre encre et vos

Ainsi, on a vu des pierres avoir pour noyaux des pois, des haricots, des bouts de tuyaux de pipe, des morceaux de sonde, des épingles, des dents de peigne, des morceaux de bois, des épis de céréales et qui avaient été introduits dans la vessie par l'urètre : on en a vu qui avaient au centre des balles de fusil et même des biscaïens qui étaient entrés dans le réservoir urinaire en perçant les tissus ; on a vu des aiguilles avalées passer de l'estomac dans la vessie également en perçant les tissus : on a vu d'autres pierres être primitivement dues à des couches de matières lithiques (*lithos*, pierre), déposées autour d'un caillot de sang, d'un peu de fibrine, d'une agglomération de mucosités concrètes, sécrétées par la membrane interne de la vessie ; on en a vu enfin, qui avaient pour noyaux d'autres pierres, mais petites, que l'on connaît vulgairement sous le nom de *gravelle*, et qui, formées dans les reins étaient descendues par les uretères dans la vessie, où elles avaient donné lieu à la formation d'une pierre plus volumineuse ; car leur grosseur, lorsqu'elles sont tombées dans la vessie, n'avait pas permis qu'elles fussent expulsées par l'urètre, aussitôt après être arrivées dans la cavité du réservoir urinaire.

De toutes les pierres vésicales, celles qui ont pour principe les gravelles sont en nombre infiniment supérieur aux autres, puisque sur cent pierres il y en a peut-être quatre-vingt-seize dans le centre desquelles on trouve une gravelle. Il importe donc, pour arriver à notre but, d'étudier spécialement les sensations qui accompagnent ce mode plus fréquent de formation des pierres vésicales, et pour parvenir à faire connaître ces sensations, nous allons examiner l'ensemble des phénomènes que produit un gravier qui se forme dans les reins, qui descend des reins dans la vessie, et qui arrive dans cet organe.

De cette manière, nous aurons les signes *précurseurs* de la pierre, et les *premiers signes* de l'existence de ces corps étrangers dans la vessie. Les signes précursurs de la pierre n'étant, à proprement parler, que les signes propres de la gravelle. Nous commençons par indiquer ces derniers.

### *Signes de la gravelle.*

L'art du médecin n'a pas encore pu approfondir l'importante question de savoir ce qui pouvait déterminer cette disposition particulière, dont l'effet est de séparer de la masse des urines

colonnes, tout en déblayant la science. C'est vous offrir un grand avantage pour peu de chose.

cette poudre rouge et quelquefois d'un blanc gris qu'on observe dans les urines de quelques personnes, et qui se dépose au fond des vases, tantôt sous forme de petits graviers arrondis ou angulaires, tantôt sous la forme de poussière d'une extrême finesse. Mais si la médecine ne nous a que peu éclairés sur le procédé qu'emploie la nature pour donner lieu à la formation de ces graviers, l'ouverture des corps a fait connaître que les reins étaient l'endroit où ils se formaient, que des reins ils descendaient par le conduit étroit et long à travers lequel les urines coulent de ces organes dans la vessie, de laquelle, enfin, ils étaient quelquefois expulsés avec les urines. Tel est le lieu de la formation des gravelles, et tel est l'itinéraire de ces corps étrangers.

On conçoit que lorsque ces gravelles sont pulvérulentes, elles doivent parcourir ce chemin sans que le malade éprouve de grandes souffrances; aussi voit-on une grande quantité de personnes rendre de cette poudre sans que son passage ait été marqué par la moindre sensation pénible.

Cette poudre rendue, bien qu'elle ne soit toujours à beaucoup près suivie de la formation de gravelles, *n'en est pas moins cependant un signe précurseur*. Il faut donc combattre la disposition.

Mais si, au lieu d'affecter cette forme, le dépôt lithique traverse la filière des organes qu'elle parcourt sous forme de gravier, elle donne lieu à des sensations douloureuses dont l'intensité est ordinairement en rapport avec le volume du gravier, et dont la nature change suivant que le gravier séjourne ou dans l'intérieur du rein lui-même, ou dans l'un des points du conduit étroit que présente l'uretère, ou dans la cavité de la vessie, ou dans l'urètre.

Lorsque le gravier ou les graviers, sont dans l'un des reins ou dans les bassinets, le malade éprouve *un sentiment de fatigue ou une douleur sourde, profonde, quelquefois lancinante vers l'une des parties latérales de la colonne vertébrale, immédiatement au-dessous des dernières côtes.* Cette douleur s'étend dans la partie supérieure des flancs; elle cesse pour reparaître, déterminée ou non par un écart de régime; elle s'accompagne ou non de fièvre, d'une sensation de plénitude, de chaleur et de pulsation, sensation qui est profonde. Souvent il existe des calculs dans l'intérieur des reins, et tous ces signes manquent.

Lorsque le gravier s'engage dans la partie supérieure de l'uretère, comme il commence à distendre cet étroit conduit, les douleurs deviennent plus vives, elles sont plus aiguës, plus persistantes. A mesure que le gravier descend, on les ressent dans un endroit plus déclive, elles s'étendent par irradiation *dans*

*toute l'étendue des flancs.* Parvenu vers le milieu de l'uretère, le gravier cause une douleur vive que le malade ressent *profondément vers de l'un ou l'autre côté* ; elle s'étend assez souvent le long du côté interne de la cuisse. Quelquefois un gravier, même assez volumineux, parcourt l'uretère sans que le malade éprouve des douleurs bien vives, mais d'autres fois son trajet est accompagné de douleurs atroces, de vomissements, de hoquets, de symptômes fébriles et enfin de ces coliques que l'on connaît sous le nom de coliques néphrétiques (*nephros*, rein). Le séjour du gravier dans le rein ou dans l'uretère donne quelquefois aux urines des caractères particuliers ; ordinairement, pendant les grandes douleurs, elles sont blanches, souvent très-abondantes, légèrement albumineuses, quelquefois puriformes, et enfin d'autres fois elles sont rendues noires et teintes de sang ; lorsqu'elles sont noires le rein est malade.

Lorsque le gravier arrive dans la vessie, le moment où il débouche est quelquefois accompagné de sentiments obscurs de déchirement, ou de celui d'un corps qui tombe dans l'organe. Quelquefois *une hémorrhagie a lieu par suite du déchirement* des bords de l'extrémité de l'uretère qui s'ouvre dans la vessie : lorsque le gravier est tombé dans la vessie, le malade, *s'il n'a plus de graviers en route dans l'uretère*, se sent aussitôt soulagé de toute la somme des douleurs que causait le gravier tombé, et si ce gravier est assez petit pour franchir avec facilité l'uretère, ce qui arrive souvent, il est bientôt entraîné par le flot des urines lors de l'expulsion de ce liquide, et le malade n'éprouve plus de sensations pénibles. Mais si le gravier est volumineux, ou si, quoique petit, le col de la vessie se révolte à son approche, et empêche, en se contractant, que ce corps ne puisse le franchir, alors, le malade de graveleux devient calculeux, ou, ce qui arrive souvent, il devient calculeux tout en restant graveleux ; alors apparaissent d'autres signes qui sont déterminés par la présence du gravier dans la vessie, gravier qui, du moment où il ne peut être expulsé au dehors, prend le nom de *pierre* (1).

(1) Lorsque les gravelles sont expulsées, on trouve dans leur forme des éléments de diagnostic. Si, par exemple, *on observe des facettes sur le gravier expulsé de la vessie, et qui, récemment, est tombé de l'urètre*, il faut s'attendre positivement à l'expulsion d'autres gravelles ou à leur existence dans les organes.

On peut tirer bien d'autres indications des propriétés physiques des gravelles, mais il serait trop long d'entrer dans ces détails. Je me borne à faire cette remarque connue, c'est que le gravier d'acide urique bien formé et bien

*Des signes primitifs de la pierre lorsqu'elle commence à exister dans la vessie.*

Aussitôt que la gravelle est tombée des uretères et est restée dans la vessie, le premier désordre qu'elle cause est de nuire à la libre expulsion des urines. Obéissant aux lois de la pesanteur, elle se porte continuellement à l'endroit le plus déclive de l'organe, et comme le col de la vessie devient dans la position verticale cet endroit déclive, il s'ensuit que lorsque le malade urine debout, le jet s'interrompt tout à coup, qu'il reprend ensuite de la force pour s'interrompre encore, jusqu'à ce que la vessie soit tout à fait vide. On explique parfaitement le mécanisme de cette interruption par la présence alternative du gravier, qui, venant s'asseoir sur le col sans s'y introduire, bouche plus ou moins complétement cette ouverture, suivant qu'il se place plus ou moins convenablement pour produire cet effet. Ainsi, le premier signe indicatif de la présence d'une petite pierre dans la vessie est *l'interruption alternative, plus ou moins complète, du jet de l'urine pendant l'expulsion de ce liquide*, ce qui est dû, comme l'on voit, à une cause tout à fait mécanique (1).

Mais le gravier, par sa continuelle présence dans la cavité où il se trouve, donne lieu à une sensation particulière, et c'est cette sensation que nous allons analyser.

On sait, et nous le répéterons plus tard avec détail, lorsque nous parlerons spécialement de la vessie, que lorsque, dans l'état de santé, cet organe est plein d'urine, le besoin d'expulser ce liquide est indiqué par une sensation particulière, que chacun connaît, et qui consiste en une titillation quelquefois fort incommode, à l'extrémité externe de l'urètre, à l'endroit que l'on appelle chez l'homme la fosse naviculaire. On sait aussi que si l'on résiste au besoin d'uriner, la sensation devient plus vive et s'étend alternativement, et comme une raie de feu, dans toute la longueur du canal; eh bien ! c'est cette sensation physiologique, et qui naît sous une cause également physiologique, la présence de l'urine dans la vessie, qui se fait sentir d'une manière acci-

lisse est un signe de santé des organes, lorsqu'il n'y a pas de contre-indication.

(1) Il faut bien faire attention que je considère maintenant l'organe dans l'état sain et d'une forme normale, car, lorsque, par exemple, l'urètre rétréci empêche le jet franc, ces signes, que j'indique, ou ne se montrent pas, ou se trouvent viciés par le désordre organique. Il en est de même s'il y a paralysie ou seulement paresse de vessie, vicieuse conformation du col, etc., etc.

dentelle, comme elle naît accidentellement par suite de la présence d'une gravelle.

Lorsque la vessie est vide, le gravier ne donne aucune sensation, à moins d'être engagé dans le col de l'organe (1). Mais si l'organe contient de l'urine, le gravier étant libre obéit aux impulsions qui lui sont données par les mouvements imprimés à tout le corps. Eh bien ! ces mouvements sont perçus par le malade, mais ils ne sont pas perçus dans la cavité de l'organe où ils se passent. Le calcul, lorsqu'il est petit, obéissant aux lois de la pesanteur, tend toujours à se porter vers l'endroit le plus déclive de l'organe ; mais comme d'un autre côté il est en suspension dans l'urine, qui a une densité assez considérable, il s'ensuit que pendant la marche ce petit corps est toujours en mouvement, qu'il roule et bondit continuellement dans l'organe, dont il vient frapper le col alternativement, et dans un degré de force tout à fait en rapport avec la secousse donnée à tout le corps. Ce choc est ressenti quelquefois dans l'anus, mais le plus ordinairement il vient retentir dans toute la longueur du canal, et plus souvent encore à l'extrémité de la verge, endroit où le malade éprouve, surtout quand il fait un faux pas, un pincement subit, qui n'est quelquefois qu'un chatouillement instantané, et qui, d'autres fois, a toute l'intensité d'un vif sentiment de brûlure.

Ainsi, le second signe indicatif de la présence d'une pierre dans la vessie consiste dans *un sentiment de chatouillement ou de pincement à l'extrémité de la verge, qui est ou non permanent, et qui se fait sentir pendant les moments et entre les moments de l'expulsion de l'urine* (2).

Tels sont les deux signes primitifs et principaux qui apparaissent *dans le plus grand nombre des cas* (3) lorsque la pierre com-

(1) Lorsque le gravier est engagé dans le col et qu'on le touche avec un instrument, c'est le signe positif par excellence, comme c'est également un signe positif lorsqu'on introduit un instrument dans la vessie et que l'on saisit le corps étranger. Mais que l'on remarque que nous ne parlons ici que des signes *spéculatifs*. Plus tard, nous traiterons des signes donnés par le cathétérisme, à l'usage des opérateurs spécialement.

(2) J'ai observé que lorsque les gravelles n'étaient pas encore tombées dans la vessie et étaient près de déboucher de l'uretère, le malade éprouvait des sensations analogues; mais alors le premier signe manque. On conçoit que j'ai eu rarement l'occasion de constater ce phénomène, c'est pour cela que j'hésite à le donner comme patent, et que je me borne à le recommander à l'attention et à l'expérience des médecins.

(3) Lorsque nous disons que les deux signes sur lesquels nous insistons particulièrement *apparaissent dans le plus grand nombre des cas*, c'est dire que

mence à exister. Le malade doit aussitôt obéir à l'avis qui lui est donné et recourir de suite à la lithotripsie, qui, alors, doit toujours être suivie de succès ; car la pierre, encore petite, peut être détruite en quelques instants, et la vessie encore saine permet de développer dans son intérieur des instruments qui, bien maniés, ne doivent pas causer de douleur (1).

Quelquefois, à ces deux signes, s'en joignent d'autres anormaux et exceptionnels, et dont quelques-uns échappent à l'explication et à l'analyse. C'est ainsi que beaucoup de malades éprouvent des sentiments de pesanteur à l'anus, des érections, des pertes de sang par l'urètre, des spasmes des muscles des cuisses et des jambes, des douleurs au-dessus de l'os pubis, de fréquents besoins d'uriner, une sensation habituelle de brûlure le long de l'urètre, un sentiment de roulement d'un corps dans la vessie, des ténesmes sans évacuation d'urine, des spasmes de l'urètre, etc.

quelquefois ils manquent ; mais cela tient aux formes accidentelles des pierres ou de l'organe qui les contient. Une gravelle très-plate, par exemple, ne saurait donner le signe de l'*arrêt subit :* un col de vessie qui projette dans l'organe et qui fait, pour ainsi dire, museau de tanche, empêche une pierre ronde de rouler sur le col, etc. Quant à la sensation de *pincement* au bout de la verge, elle peut ne pas exister par la même raison.

Du reste, on aura de tout cela une idée plus nette lorsque nous aurons publié les *signes consécutifs*.

(1) Il faut toujours procéder, dans ces cas de petites pierres par l'*extraction immédiate*, c'est-à-dire qu'il faut les extraire immédiatement de la vessie par l'urètre avec les *percuteurs à cuillers*. Les briser seulement a son danger, car beaucoup de malades ne rendent pas facilement leurs fragments ; et d'autres, moins heureux encore, ont des vessies tellement irrégulières, que des fragments se perdent dans leurs sinus et dans leurs anfractuosités. Or, cela est grave. Lorsque nous parlerons de l'opération, on verra comment il faut s'y prendre pour ôter jusqu'à la dernière particule de ces pierres petites. Il a été reconnu jusqu'à présent que le plus difficile de la *lithotripsie* est d'enlever la dernière particule de pierre ; eh bien ! la dernière particule d'une petite pierre est exactement la même que la dernière particule d'une grosse ; ainsi sous le point de vue capital que nous venons d'énoncer, la lithotripsie est aussi difficile dans le cas de petite pierre que dans le cas de grosse. De ce que nous disons qu'il faut procéder par l'*extraction immédiate* sur les petites pierres qui viennent de tomber dans la vessie, il ne faut pas conclure que l'on ne doive employer ce procédé que dans ce cas ; il faut aussi l'employer dans tous les cas où cela est nécessaire, et spécialement lorsque le malade rend difficilement ses fragments. J'ai enlevé *immédiatement*, dans la même séance, des pierres beaucoup plus grosses que des marrons et des noix, et une fois une pierre de phosphate du volume d'un petit œuf de poule.

Quelquefois les signes précurseurs et positifs manquent, et la maladie n'est annoncée que par les signes exceptionnels que nous venons d'indiquer ; alors le diagnostic est difficile.

Du moment qu'une petite pierre existe dans la vessie, elle ne peut que s'accroître par les couches successives des sels qui se trouvent en suspension dans l'urine : tantôt elle arrive rapidement à un volume considérable, tantôt elle ne grossit que lentement. Cette différence dans son accroissement tient à la nature des sels qui se déposent, à l'état des membranes et à la disposition particulière du malade. Quand les pierres sont multiples, elles ne deviennent ordinairement pas si volumineuses ; cela tient à leur contact et aux chocs qu'elles éprouvent l'une par l'autre, ce qui nuit à la superposition des couches lithiques.

*Conséquences finales de la maladie de la pierre lorsqu'on la néglige.*

Mais si d'un côté la pierre grossit, l'organe qui la contient devient bientôt malade, et alors se développe un appareil de symptômes de plus en plus graves, et qui, à mesure qu'ils font du progrès, rendent plus douteuses les chances que le malade peut trouver dans les moyens que l'étude a dû faire naître pour le guérir.

Bientôt la marche est douloureuse et pénible, les envies d'uriner se répètent, elles sont de plus en plus aiguës ; ce besoin, devenu impérieux, demande à être satisfait aussitôt qu'il se fait sentir ; le malade se met en devoir de lui obéir, l'urine ne coule pas ; l'envie persiste, un peu d'urine s'écoule ; elle s'arrête de nouveau ; l'anxiété survient, la douleur est plus vive, elle s'assoupit ensuite ; le malade essaie encore, et finit, en laissant quelquefois échapper les matières fécales, par vider incomplétement sa vessie par un jet intermittent, à différentes reprises, et après avoir acheté le moment de calme dont il jouit par de douloureux efforts, qui bientôt vont encore devenir nécessaires.

Quelquefois tout cet appareil de symptômes cesse subitement et complétement ; le malade revient à ses signes primitifs et reste quelque temps dans un calme presque parfait, jusqu'à ce que les symptômes graves reparaissent sans cause apparente.

C'est dans ces alternatives de souffrances et de calme que vit le calculeux, luttant continuellement contre l'obstacle qui s'oppose à l'émission de ses urines ; il est dans la continuelle appréhension et des souffrances qu'il va éprouver, et surtout de celles auxquelles il sait ne pouvoir manquer d'être en proie. Son mal, par sa nature devant toujours s'accroître et jamais diminuer, il

manque de la consolation qu'éprouve tout autre malade; car, nous le répétons, il ne peut espérer comme celui-ci une guérison spontanée.

Mais si l'anxiété des pierreux s'accroît sous l'empire des douleurs qu'il éprouve, elle s'accroît davantage par les atteintes que reçoit l'organe qui contient la pierre et les organe annexes, et par celles qui bientôt vont miner sa constitution.

La vessie, qui, au début, était saine, extensible, peu sensible, finit par perdre de jour en jour ces heureuses dispositions ; bientôt la membrane interne qui la revêt s'irrite, s'enflamme, sécrète des mucosités qui, d'abord analogues à du blanc d'œuf, deviennent plus jaunes, plus consistantes ; elles présentent des stries de sang, se chargent d'une matière puriforme ; la sensibilité de l'organe s'augmente ; il se révolte contre la présence de la plus petite quantité d'urine, qui, trop souvent expulsée, malgré la volonté du malade, finit par laisser l'organe dans un état de vide dont il prend l'habitude : alors ses parois sont en contact permanent avec la pierre, la sensibilité s'en accroît encore, l'urine devient ammoniacale, elle est absorbée et infecte l'économie ; les sécrétions morbides et la formation du phosphate augmentent, sont fournies par tout l'appareil urinaire, et l'organe finit par être altéré dans son tissu, qui bientôt s'épaissit ; les veines qui la tapissent deviennent variqueuses ; les glandes qui en sont les annexes prennent du volume et se tuméfient, et la membrane qui la revêt devient molle, fongueuse, saignante et douloureuse.

C'est alors que le malade qui a négligé de se débarrasser, lorsqu'il en était temps encore, ne doit trouver quelque chance de salut que dans un broiement pénible ou dans la taille. Deux phénomènes sont venus l'un au devant de l'autre pour augmenter son danger, *la vessie s'est rétrécie, et la pierre a pris du volume.*

Les douleurs deviennent enfin si vives et si continues dans les organes qui composent l'appareil urinaire, que bientôt apparaissent les signes de la souffrance des autres organes : la peau prend une teinte jaune, terreuse ; une fièvre lente s'empare du malade, qui exhale une odeur fétide et urineuse ; les digestions s'altèrent ; la sensibilité générale s'exalte ; la poitrine s'embarrasse, et le pauvre calculeux succombe en proie à des douleurs atroces, et en appelant à son secours la taille, devant laquelle il a reculé trop longtemps pour qu'il soit possible de la lui pratiquer sans courir le risque de le voir périr pendant l'opération.

Ainsi finit l'homme malade de la pierre, qui, obéissant à une vaine terreur, laisse augmenter un mal qu'il est si facile de guérir

quand il commence, par des moyens aussi simples que peu douloureux et peu offensifs pour les organes.

Tels sont les premirs signes de la pierre lorsqu'elle commence, et la conséquence de cette maladie lorsqu'on la néglige. Puisse le tableau rapide que je viens de tracer donner à ceux qui en sont atteints la crainte salutaire de ses funestes effets.

Maintenant que nous savons comment la pierre se forme, quels sont les signes qu'elle donne quand elle commence à exister, qu'elle est sa douloureuse terminaison, suivons-la dans ses progrès et étudions les phénomènes qui se produisent pendant le développement du calcul. Ce sont ces phénomènes, naturellement déduits et exposés, qui constitueront nos *signes consécutifs*, signes qui nous conduiront au but que nous nous proposons d'atteindre, celui de pouvoir diagnostiquer sans recourir au cathétérisme.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

15. *De la cure radicale des hernies inguinales et d'un nouveau moyen de l'obtenir*; par M. le docteur Aug.-D. Valette, chirurgien de l'Hôtel Dieu de Lyon, chirurgien en chef (désigné) de l'hôpital de la Charité, ex-chirurgien aide-major, lauréat de l'hôpital du Val-de-Grâce. (Mémoire lu à l'Académie des sciences dans sa séance du 10 février 1851.)

Suite : *voir* t. V, mai 1851, p. 136.

(Gazette médicale de Paris, N° 20; 1851.)

M. Vidal (de Cassis), t. IV, p. 403, s'exprime ainsi :

« Je ne crois pas à l'efficacité du sachet de baudruche de « M. Belmas. La méthode de M. Gerdy présenterait peut-être « plus de chances de succès : cependant on a vu, après cette « opération, le cul-de sac cutané être peu à peu repoussé au « dehors, et la hernie se reproduire. Que l'on considère, en outre, « que cette opération expose comme les autres à la péritonite. »

M. Sédillot est encore plus explicite, *Méd. opératoire* p. 758 :

« Il n'y a pas lieu d'opérer tant qu'on n'aura pas trouvé un « moyen sans péril pour la vie. »

A la page 207 du sixième volume du *Traité des maladies chirurgicales*, de Boyer, édition revue par M. Philippe Boyer, se trouvent les lignes suivantes :

« Après avoir fait ce cours historique des divers moyens thé- « rapeutiques mis en usage pour la cure radicale des hernies, il « me resterait à examiner leur valeur relative, si ces moyens « avaient une valeur réelle ; mais l'abandon ou l'oubli dans le-

« quel chacun est tombé successivement prouve leur inutilité; et « par conséquent je ne dois pas m'en occuper davantage, car tout « examen et toute comparaison serait une étude oiseuse. »

J'emprunterai une dernière citation au grand *Traité de médecine opératoire* de Bourgery et Jacob :

« L'opération de M. Gerdy paraît avoir été pratiquée déjà « une soixantaine de fois. M. Thierry a donné les résultats ob- « tenus : sur vingt et un malades de tout âge opérés par M. Gerdy « lui-même, on voit dans la thèse de M. Thierry que la mort a « eu lieu six fois sur soixante et quelques opérés. Chez un tiers « des malades environ, on a eu à combattre des accidents sé- « rieux, et en particulier des abcès développés dans l'épaisseur « de la paroi abdominale. . . . . .

. . . . . .

« Si l'on a obtenu dans quelques cas la cure définitive, com- « bien aussi de malades infirmes comme auparavant, combien « ont traversé des périls sérieux ! La mort même, chez quel- « ques-uns, est venue tromper le courage du patient et l'habi- « leté pourtant si attentive et si prévoyante du chirurgien. « Aussi ne nous étonnons-nous pas si des hommes sages se re- « fusent encore à toute la cure radicale d'une maladie aussi « rebelle. Il est triste, sans doute, d'assujettir à jamais un malade « à un traitement palliatif dont l'oubli momentané ou l'action « défectueuse expose à l'étranglement de la hernie et à ses sui- « tes; il est louable, en conséquence, de rechercher un remède « contre un mal qui, s'il est souvent léger, peut, d'un moment à « l'autre, devenir grave et funeste ; mais que faire aujourd'hui, « sinon attendre encore ? »

(*Médecine opératoire*, tome II, pages 137 et 138.)

Si les opérations pratiquées jusqu'ici sont inefficaces ou dangereuses, il importe de rechercher pourquoi elles le sont. Cette étude me permettra de déterminer les conditions qu'il faut remplir pour arriver à un résultat satisfaisant.

Le but poursuivi est l'occlusion de l'ouverture qui livre passage aux intestins ; or on a cherché à obtenir cette occlusion, tantôt en faisant développer, dans le sac, une inflammation qui amène son oblitération, tantôt en faisant développer une inflammation qui amène des adhérences entre la circonférence de l'ouverture, et un bouchon organique que l'on a eu la précaution d'y pousser. Or qu'arrive-t il ? De deux choses l'une, ou cette inflammation est légère, de peu d'étendue, et alors les adhérences ne s'établissent pas, ou bien si quelques adhérences s'établissent, elles sont si légères qu'elles ne tardent pas à céder à la

pression des intestins; dans ce cas, l'opération est inefficace, ou bien, et ceci est plus grave, l'inflammation peut être très-violente, et alors, elle peut envahir les parties voisines, le péritoine, le tissu cellulaire, etc.; on a alors des péritonites, des abcès diffus, des gangrènes; dans ce cas, l'opération est dangereuse.

Le chirurgien a donc deux écueils à éviter : ou une inflammation trop légère qui n'amènera que des adhérences nulles ou trop faibles, ou bien une inflammation qui aura une intensité trop grande et qui envahira les parties voisines. Il peut se faire qu'on soit assez heureux pour passer entre ces deux écueils; mais avec les moyens employés, c'est une affaire de chance, qu'on me passe cette expression. La première difficulté à résoudre consiste donc à pouvoir faire naître au sein des tissus que l'on veut faire adhérer, une inflammation franche, vive, *cicatrisante*, mais dont on puisse déterminer d'avance mathématiquement la violence et l'étendue ; or, en procédant comme on l'a fait jusqu'ici, par piqûres, incision, ligature, suture, acupuncture, étranglement, on fait naître, au sein des tissus complexes, sous le rapport de la structure et de la vitalité, une inflammation dont on ne peut prévoir d'avance ni l'espèce, ni l'étendue. Cette inflammation pourra être presque nulle, et pourra être franchement adhésive ; elle pourra être aussi très-souvent diffuse, gangréneuse, érysipélateuse. Cette première question à résoudre est donc essentiellement médicale ; on peut la formuler ainsi : déterminer au sein des parties une inflammation toujours franche, toujours vive, mais aussi toujours circonscrite. Examinons si la chose est possible.

Il est un fait que l'on a tous les jours l'occasion d'observer, et sur lequel j'appelle pour le moment l'attention du lecteur ; ce fait, le voici : les plaies produites par incisions, par piqûre, par ligature, par étranglement, lorsqu'elles intéressent certains tissus, sont souvent accompagnés d'accidents redoutables, tels que inflammation et suppuration étendues, diffuses, érysipèle, résorption purulente, etc., etc. Je n'en finirais pas si je voulais énumérer les opérations rendues dangereuses par cette cause ; qu'on me permette de prendre pour exemple les opérations que l'on pratique sur les veines ; c'est déjà l'exemple que j'ai choisi dans la lettre que j'ai eu l'honneur d'adresser à M. le professeur Malgaigne, parce que c'est celui qui met le mieux en lumière la loi pathologique (qu'on me passe cette expression un peu prétentieuse peut-être), qui domine la marche des plaies par cautérisation ; on sait que le traitement des varices, tel qu'il était institué il y a quelques années, traitement par les épingles, la

suture, l'incision, etc., était accompagné de tant de dangers, que les chirurgiens prudents avaient à peu près renoncé à guérir, ce que l'on était, à cette époque, convenu d'appeler une infirmité. Pour être plus fréquents dans les opérations que l'on pratique sur les veines, ces accidents ne se manifestent pas moins lorsqu'on les pratique sur d'autres tissus, et pour me renfermer dans la question qui fait le sujet de ce travail, je répète que de simples piqûres, de simples ligatures, ont souvent occasionné la mort de hernieux que l'on voulait guérir. Le procédé Gerdy lui-même, que l'on serait tenté, *à priori*, de regarder comme si innocent, ne met pas à l'abri de ces revers. On n'a pas oublié la citation que j'ai empruntée à Bourgery : sur 60 opérés, il y a eu 6 morts, et 20 fois environ des accidents sérieux à combattre.

A quoi tiennent de semblables résultats? Comment des lésions, si simples en apparence, peuvent-elles produire des effets aussi désastreux? Quelle est la cause de leur danger? Il faut probablement la chercher dans la fâcheuse influence que l'air exerce sur les petites plaies. Toujours est-il que ces accidents ne s'observent jamais à la suite des cautérisations. On peut impunément cautériser les veines variqueuses. Je l'ai vu faire dans le cours de mes études, ou je l'ai fait moi-même depuis que je suis placé à la tête d'un service chirurgical, 3 à 400 fois. M. Bonnet, qui a institué cette méthode de traitement pour les varices des membres inférieurs et le varicocèle, a toujours observé, sans une seule exception, cette innocuité, et dans le cours de son immense pratique, il a eu l'occasion de l'appliquer plus de 1,200 fois. (Je suis autorisé à donner ce chiffre approximatif, qui est plutôt en deça qu'au delà de la réalité.) La cautérisation, surtout lorsqu'on emploie certains caustiques, détermine une inflammation toujours vive, mais toujours aussi circonscrite. Tout le phénomène pathologique se passe dans le point qui sépare la partie vivante de la partie mortifiée. Jamais on n'observe ces suppurations diffuses, ces accidents de résorption, ces symptômes variés dont le chirurgien ne peut ni prévenir le développement, ni arrêter les progrès une fois qu'ils se sont développés. Je serais bien embarrassé s'il me fallait dire la cause de cette innocuité; il est probable qu'elle tient à ce que les plaies par cautérisation sont en quelque sorte de véritables plaies sous-cutanées, à la chute de l'escarre; il y a bien, il est vrai, une surface en contact avec l'air, mais le travail éliminatoire n'amène-t-il pas, dans les tissus, des modifications particulières qui rendent impossible le développement des accidents?

Je donne du reste l'explication pour ce qu'elle vaut, peu importe l'explication si le fait existe. Or je ne crois pas, en l'avançant, être sorti des limites de la plus rigoureuse observation.

Ce qui précède doit faire pressentir que ce n'est pas seulement un manuel opératoire particulier que je veux proposer, que ce n'est pas seulement un perfectionnement instrumental que je poursuis, c'est la réalisation d'une idée dont la portée est immense. L'honneur, je me hâte de le dire, d'avoir appelé sur elle l'attention, ne m'appartient pas. Le génie de Hunter avait déjà reconnu et constaté l'innocuité des plaies par cautérisation, mais son attention, absorbée par tant de travaux, ne s'est pas arrêtée sur ce fait, qu'il eût sans cela fécondé; bien qu'on eût l'occasion de l'observer tous les jours, cette innocuité n'avait pas frappé l'attention des chirurgiens, et par conséquent ceux-ci n'ont pas cherché à en tirer des conséquences pratiques avant les beaux travaux de M. Bonnet. J'ai rappelé l'heureuse application qu'il en a faite dans le traitement des varices, je vais essayer de montrer celle que j'en ai faite dans le traitement des hernies inguinales.

Il y a longtemps que les termes du problème à résoudre ont été nettement formulés. Une opération, pour être acceptée, doit remplir les deux conditions suivantes : 1° amener l'oblitération du canal ou de l'ouverture qui livre passage aux intestins; 2° produire ce résultat, sans faire courir au malade des dangers sérieux. *Innocuité* et *efficacité*, telles sont les deux qualités essentielles, indispensables qu'elle doit offrir. En laissant de côté pour un instant la question d'innocuité sur laquelle je me suis déjà expliqué, nous avons vu que les chirurgiens qui ont cherché la cure radicale des hernies ont procédé, les uns en agissant sur le sac herniaire seulement, les autres sur le canal lui-même. Tous les procédés, en effet, peuvent être divisés en deux catégories : les uns ont pour but d'amener l'oblitération du sac herniaire, en y faisant naître une inflammation à la suite de laquelle les deux faces de ce sac contractent des adhérences ; les autres ont pour but d'oblitérer le canal inguinal par l'introduction d'un bouchon organique. Sous le rapport de l'efficacité, il n'y a pas de comparaison à établir entre l'une et l'autre manière de procéder. En effet, à moins que la hernie soit très-petite, que le canal inguinal soit conservé, les premiers ne sauraient avoir une action efficace. Qu'importe l'oblitération du sac herniaire, si l'anneau reste dilaté, à moins que l'on n'admette que c'est le péritoine qui retient les intestins ! N'est-il pas évident que, même en supposant que les adhérences soient assez fortes pour

ne pas se rompre, la séreuse sera peu à peu repoussée, et qu'un nouveau sac coiffera la hernie ? Procéder de la sorte, c'est, ainsi que l'a dit M. le professeur Malgaigne, mettre une pièce au devant du trou.

M. Gerdy, en proposant l'invagination dans le but d'oblitérer le canal, a ouvert une voie nouvelle et ingénieuse, mais son procédé, indépendamment des dangers qu'il présente, ne permet qu'une invagination incomplète et insuffisante. Il y a longtemps que cette remarque a été faite.

« Le procédé de M. Gerdy ne bouche pas le quart du canal « et ne fait que transformer une hernie inguinale externe en « hernie interstitielle. » (Malgaigne, *Méd. opér.*, p. 544.)

J'ai dû chercher tout d'abord à obtenir d'une manière plus sûre et plus complète la réalisation de l'heureuse idée qui appartient à M. Gerdy. Le premier temps de l'opération que je propose et que je vais décrire consiste à refouler, dans toute l'étendue du canal et même au delà, un bouchon tégumentaire assez volumineux pour le remplir complétement.

Le point de suture appliqué par M. Gerdy ne maintient que bien imparfaitement la peau invaginée. Je me suis appliqué non-seulement à obtenir une invagination profonde, mais encore à maintenir en place, d'une manière fixe et solide, le bouchon organique pendant un temps suffisant. Mon opération présentera donc deux temps principaux :

1° Invagination profonde des téguments, et maintien de cette peau invaginée pendant un temps plus ou moins long.

2° Cautérisation pratiquée dans le but de faire naître une inflammation essentiellement adhésive entre le bouchon organique ainsi tenu en place, et les parois du canal dans l'intérieur duquel il a été poussé.

Ceci posé, l'appareil instrumental se compose des parties suivantes :

1° Une cheville ou embout en bois d'ébène A B, que j'appellerai, si l'on veut, l'*invaginateur ;* sa longueur est de 12 à 14 centimètres ; sa grosseur, variable, et proportionnée à la dilatation de l'anneau. En moyenne, cette pièce de l'instrument a le volume du doigt médius, avec trois invaginateurs d'un diamètre différent, on peut parer à toutes les éventualités ; j'avais songé à n'en avoir qu'un seul d'un petit volume, mais qui aurait été susceptible de se dilater à volonté une fois qu'on l'aurait introduit ; mais cette construction, très-facile à réaliser, eût rendu l'appareil plus coûteux, et, en somme, plus compliqué. Cet invaginateur est arrondi à son extrémité A: l'autre B, est garni

d'une virole métallique. Il est en outre creusé d'un canal courbe C D, pour le passage d'une longue aiguille E. F; l'ouverture de ce canal est en C, centre de l'invaginateur ; son ouverture de sortie est en D, sur la face intérieure de l'instrument et à 2 centimètres environ de l'extrémité A.

Lorsque j'ai pratiqué mes premières opérations, j'avais ajouté à cet instrument une plaque métallique fenêtrée, pouvant se visser sur la tige I, une fois que l'invaginateur était en place; elle était destinée à assurer le contact de la paroi inguinale antérieure, avec la partie correspondante du bouchon organique; l'instrument avait alors cette forme (fig. 1).

Depuis, j'ai supprimé cette pièce de l'appareil qui est au moins inutile ; mais d'un autre côté j'ai dû apporter de nouveaux perfectionnements. En effet, malgré toutes les précautions que je pouvais prendre, l'invaginateur avait encore une grande tendance, soit à être repoussé en dehors, soit à se déplacer dans le sens de son axe. J'ai dû chercher à le maintenir complétement immobile. J'obtiens ce résultat à l'aide d'un moyen assez simple.

J'ai fait ajouter à la virole de l'invaginateur et sur la partie latérale une longue tige BH, contournée en pas de vis pour recevoir les deux sérons R et S, qui peuvent s'éloigner ou se rapprocher l'un de l'autre ; la virole peut s'enlever à volonté, on peut, en la retournant, placer la tige, tantôt à droite, tantôt à gauche de l'invaginateur ;, la vis B fixe la virole qui entre, du reste, à frottement ; cette disposition a pour but de permettre à l'invaginateur de servir soit que l'on pratique l'opération à gauche, soit qu'on la pratique à droite.

D'un autre côté, j'ai fait construire une ceinture qui présente les dispositions suivantes : une large bande de tôle, en forme le squelette ; elle est convenablement garnie et rembourrée, afin de ne pas blesser le malade ; elle est assez large pour pouvoir s'adapter à toutes les tailles. J'en ai fait construire deux, une pour les adultes, une autre pour les enfants ; la première à une longueur de 80 à 90 centim.; la seconde n'a que 65 a 75 cent. Ces deux courroies en S permettent de la serrer à volonté ; elle ne doit pas, du reste, exercer de compression sur l'abdomen, et c'est pour cela que je l'ai fait construire en métal, afin qu'elle pût offrir une certaine résistance sans gêner cependant les organes abdominaux.

A la partie postérieure de cette ceinture sont fixées en Z deux courroies ou bretelles qui viennent se boucler en avant en ZZ, et qui passant sur les épaules du malade, l'empêchent de descendre une fois qu'elle a été placée.

A la partie antérieure, elle présente en M et N deux pas de vis, pour recevoir la lame P qui, une fois placée, peut être rendue fixe au moyen de deux écrous à poulet. En N, cette lame présente une rainure qui permet à l'extrémité libre de la lame de décrire un arc de cercle dont le centre est en M ; cette disposition permet à la lame de se porter, soit du côté gauche, soit du côté droit ; son extrémité libre est disposée de façon à recevoir une autre Q, qui s'articule de manière à pouvoir exécuter un mouvement circulaire ; un écrou à poulet O la fixe dans la position que le chirurgien lui donne ; elle présente, en outre, une fenêtre allongée pour laisser passer la tige BH de l'invaginateur.

Au moyen de cette combinaison, on a une tige droite, inflexible, et solide, mais qui, en raison de la disposition des pas de vis, peut exécuter des mouvements de latéralité et de torsion sur elle-même, qui peut s'adapter à toutes les positions exactement comme si elle était composée d'une substance malléable, comme le serait, par exemple, une lampe de plomb.

Des boutons métalliques, 1, 2, 3, sont en outre fixés sur les parties latérales du segment antérieur de la ceinture.

La tige T, U, V, fixée sur la partie latérale de la ceinture, supporte un cuissard X ; de cette façon on a encore un point d'appui sur la cuisse ; l'appareil, une fois en place, ne peut pas descendre, parce qu'il est retenu par les bretelles. Il ne peut pas remonter parce qu'il est retenu par le cuissard. Il est inutile de faire remarquer que l'articulation U de la tige T, U, V, a pour but de permettre les mouvements de flexion de la cuisse.

En résumé, l'appareil instrumental se compose : 1° d'un *invaginateur* destiné à refouler dans le canal un bouchon organique et à le maintenir en place jusqu'à ce que des adhérences aient eu le temps de se former ; 2° d'une ceinture, de la partie antérieure de laquelle part une lame d'acier présentant dans son segment externe une fenêtre pour le passage de la longue tige perpendiculaire fixée à l'extrémité libre de l'invaginateur. Les articulations décrites permettent à cette lame de se porter à gauche, à droite, d'exercer un mouvement de torsion sur elle-même. Les écrous à poulet, une fois serrés, la maintiennent dans la position dans laquelle le chirurgien veut la placer. Les deux écrous qui courent le long de la tige de l'invaginateur pourront être rapprochés l'un de l'autre, et serrer fortement la lame dans la rainure de laquelle passe celle-ci. L'invaginateur est alors rendu immobile. Pour plus de sûreté, j'attache une petite ficelle à la tige, et je vais la fixer de chaque côté à l'un

des boutons 1, 2, 3, placés dans cette intention sur la partie latérale et antérieure de la ceinture.

Je mets sous les yeux du lecteur mon appareil monté et les différentes pièces qui le composent. Ces figures corrigeront ce que ma description peut présenter d'obscur.

Ceci posé, voici comment je pratique l'opération :

La veille on administre un lavement purgatif, afin de vider l'intestin. Le malade étant couché sur le dos, la ceinture est appliquée et fixée à une hauteur convenable, les écrous M N sont desserrés afin que la lame P puisse être portée facilement à droite ou à gauche. L'écrou O est complétement enlevé, ainsi que la lame Q.

On procède alors à l'opération proprement dite :

*Premier temps.* La hernie étant réduite, on refoule, à l'aide de l'indicateur gauche, un bouchon tégumentaire que l'on pousse aussi haut que possible. Le testicule et le cordon sont laissés en arrière et en bas; le doigt ainsi introduit s'assure qu'il n'y a pas d'anse intestinale comprise entre le bouchon et la paroi antérieure du canal.

*Deuxième temps.* L'*invaginateur* est substitué au doigt du chirurgien ; il est à peine besoin de dire que l'aiguille FF doit être complétement cachée dans son canal. Une manœuvre qui simplifie ce temps de l'opération et assure l'introduction de l'invaginateur consiste à glisser le long de l'indicateur gauche, qui n'a pas abandonné sa position, un gorgeret qui retient la peau invaginée lorsqu'on retire le doigt ; rien de plus facile alors que de glisser l'invaginateur dans la rainure du gorgeret. Cette petite manœuvre s'exécute rapidement ; elle simplifie l'introduction de l'embout en même temps qu'elle assure sa bonne position ; elle m'a été conseillée par M. Desgranges, mon excellent et habile collègue, à l'Hôtel-Dieu. L'instrument est poussé aussi haut que possible ; il est des cas où je l'ai fait pénétrer jusqu'à 7 à 8 centim., tout en cherchant à lui faire suivre la direction du canal inguinal. Il faut avoir la précaution de ne pas le placer trop obliquement, parce que son extrémité viendrait comprimer le canal de l'urètre et empêcherait le malade d'uriner.

*Troisième temps.* On fixe l'invaginateur, et pour cela un aide le saisit et le tient immobile dans la position dans laquelle le chirurgien l'a placé. L'écrou inférieur S est abandonné sur la tige ; la lame Q est mise en place ; les deux lames P, Q, qui n'en font plus qu'une, sont conduites de façon à ne pas gêner la tige de l'invaginateur, et les écrous M, N, O sont serrés ; on place alors l'écrou R, et on le fait marcher en même temps que l'écrou

S, de façon à ce que la lame Q soit fortement serrée. L'instrument est alors solidement fixé et ne peut pas sortir. Pour plus de sûreté, deux fils très-forts sont attachés soit à la tige de l'invaginateur, soit à la petite tige I d'une part, et de l'autre aux boutons 1, 2, 3.

*Quatrième temps.* On pousse alors l'aiguille EF, dont la pointe paraît bientôt en avant, après avoir traversé la peau invaginée et la paroi antérieure du canal.

On voit jusqu'à présent : 1° que l'invagination est faite très-profondément ; 2° que le bouchon organique est solidement maintenu en place.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

APPAREIL COMPLET. — EXPLICATION DE LA PLANCHE.

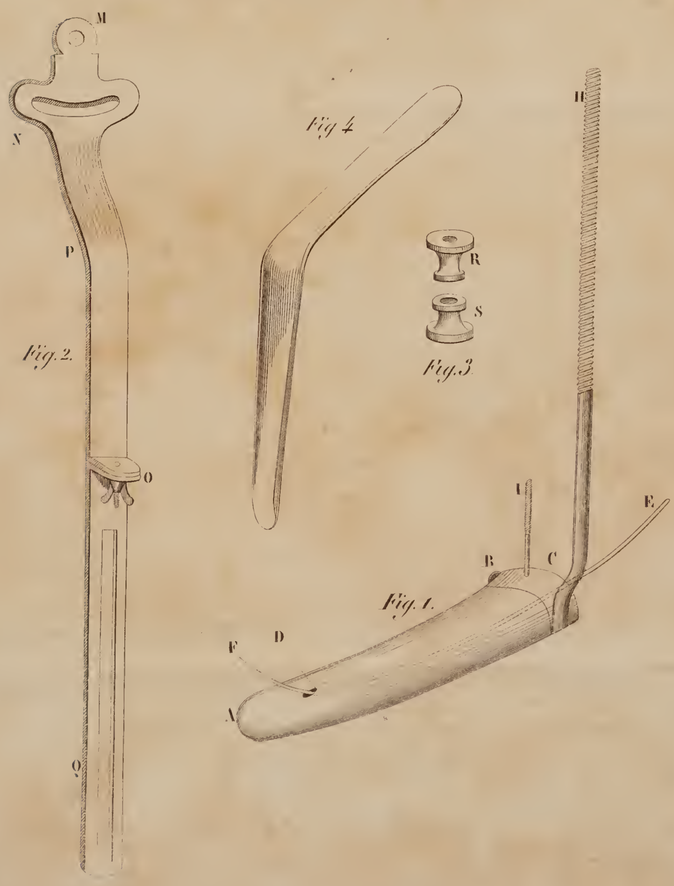
AB Invaginateur.
C'C'C' Ceinture.
P Lame d'acier fixée à la ceinture en M. N.
MN Écrous qui fixent la lame P.
Q Autre lame d'acier s'articulant en O avec la lame P.
O Écrou dont la destination vient d'être indiquée.
BH Tige de l'invaginateur, tournée en pas de vis.
RS Écrous qui peuvent courir sur la tige BH.
ZZZ Bretelles de la ceinture.
YY Courroies pour fixer la ceinture.
XX Cuissard.
TUV Branche articulée en U et fixant le cuissard à la ceinture.
1, 2, 3. Boutons métalliques fixés sur le segment antérieur de la ceinture, et auxquels on peut attacher une petite ficelle, qui irait d'autre part saisir la tige BH.

EXPLICATION DES PIÈCES DÉTACHÉES DE L'APPAREIL.

Fig. 1. — Invaginateur.
AB Corps de l'invaginateur.
BH Tige tournée en pas de vis.
EF Longue aiguille.
CD Canal pour le passage de l'aiguille. EF.
I Petite tige à laquelle on peut fixer des ficelles pour retenir l'instrument.
Fig. 2. — Lame d'acier, brisée en O, se fixant d'une part sur la face antérieure de la ceinture en M et N. La portion Q présente une longue fenêtre pour laisser passer la tige BH de l'invaginateur.
Fig, 3. — Écrous RS pouvant courir sur la tige BH, voir l'appareil complet.
Fig. 4. — Gorgeret destiné à faciliter l'introduction de l'invaginateur.

## APPAREIL COMPLET.

## PIÈCES DÉTACHÉES DE L'APPAREIL.



16. *Recherches sur les corps étrangers dans les voies aériennes;* par M. le docteur JOBERT DE LAMBALLE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, etc.

(L'Union médicale, N° 62; 27 mai 1851.)

L'introduction spontanée, la pénétration dans la trachée d'une substance liquide ou solide qui n'est pas en rapport avec le mode de sentir de la surface muqueuse de ce conduit, déterminent des accidents plus ou moins graves, plus ou moins redoutables, qui sont le résultat de la présence des corps étrangers.

Cette définition vaste et étendue comprend les produits tuberculeux, les matières purulentes, osseuses, crétacées, les liquides de diverses natures, tels que le sang, l'eau, etc.; les matières solides à divers degrés, comme les pièces de monnaie, les noyaux, les haricots, les os, les matières animales et végétales de toute nature, les insectes, les sangsues, et enfin les corps pointus, acérés, les épingles, les aiguilles, etc.

Mais mon intention n'est pas de parler de tous les corps étrangers qui pénètrent dans les voies aériennes, par toutes les voies possibles, et je ne veux, par conséquent, en aucune manière, tracer l'histoire des produits liquides, purulents, sanguins, qui viennent se faire jour dans les bronches, la trachée, et qui ne sont que des modes de terminaison d'une autre maladie. C'est ainsi que la phthisie, les anévrysmes, les abcès des parties environnantes fournissent du sang, du pus, de la matière tuberculeuse aux conduits aériens ulcérés et perforés. C'est assez dire qu'il s'agira ici des corps étrangers fournis par l'extérieur, et qui pénètrent dans les voies aériennes par la bouche, ou en traversant la région cervicale. J'aurai très-peu de mots à dire sur cette dernière voie que suivent les corps étrangers pour arriver dans les conduits aériens. Le mécanisme, en effet, de leur introduction est si simple que je crois que personne n'a songé à l'expliquer autrement qu'en disant que le sang, à la suite d'une opération ou d'une plaie, peut pénétrer dans la trachée au moment où celle-ci est intéressée.

Nul médecin ne s'avisera d'établir la plus petite controverse sur l'introduction toute mécanique d'une épingle, d'une aiguille, ou d'un corps pointu quelconque qui traverse les tissus, en les divisant ou les écartant comme dans l'acupuncture.

Il ne sera pas difficile non plus d'expliquer l'introduction d'une aiguille, d'une épingle dans les voies aériennes, lorsque, après avoir descendu dans le pharynx, ce corps vient traverser les tissus

qui entourent la circonférence de l'ouverture supérieure du larynx, comme dans le fait rapporté par M. Blandin.

Obs.—Un homme de 25 ans, d une forte constitution, maçon, se servait un jour d'une aiguille pour se gratter l'une des narines, lorsque tout à coup ayant lâché par mégarde ce corps, il franchit la narine, parcourut la fosse nasale correspondante, et tomba dans le pharynx. L'aiguille était garnie d'un gros fil qui fut entraîné avec elle, et disparut complétement. Aussitôt de la toux et de violents efforts d'expectoration se manifestèrent ; ils furent impuissants pour faire sortir l'aiguille, et ne réussirent qu'à rejeter au-dehors par la bouche le fil dont celle-ci était garnie. Ce malheureux alors se crut sauvé; il saisit le fil, exerça sur lui quelques tractions, mais inutilement : chaque fois qu'il se livrait à ces manœuvres, il ressentait à la gorge de vives douleurs, comme si l'aiguille se fût fichée plus profondément dans les parties. Bientôt la respiration, la voix s'embarrassèrent; et, après être resté chez lui pendant trois jours dans un état d'anxiété extrême, après surtout avoir renouvelé lui-même, avec une persévérance incroyable, des tentatives d'extraction à l'aide d'efforts exercées sur le fil ; ne pouvant plus prendre aucun aliment, soit liquide, soit solide, le malade se décida à entrer à l'hôpital Beaujon le 18 juin 1848, vers le milieu de la journée. A cette époque, les douleurs et la gêne s'étaient considérablement accrus; le plus petit effort de déglutition augmentait les symptômes, au point que tout mouvement du pharynx devint impossible : la voix était presque éteinte ; elle avait acquis une raucité très-remarquable et tout à fait insolite ; une petite toux revenait à des intervalles assez rapprochés, et présentait tout à fait les caractères de celle qui accompagne la phthisie laryngée; chaque quinte déterminait de longues contractions spasmodiques de tous les muscles du cou ; le malade portait continuellement la main vers la partie supérieure et gauche du larynx, et indiquait ce point comme le siége d'un sentiment douloureux très-pénible. Les parties molles qui recouvrent le larynx étaient déjà le siége d'une tuméfaction très-évidente ; la peau spécialement était rouge et douloureuse. Le fil sortait toujours par la bouche, et l'interne de service s'en servit aussitôt lui-même pour exercer quelques tractions sur l'aiguille, mais toujours inutilement ; alors, immédiatement, il me fait appeler. Je ne pus me rendre à l'hôpital qu'à six heures du soir : à cette époque, rien n'était changé à l'état du malade, sinon que le fil n'était plus au-dehors ; on avait omis de l'y maintenir ; et, dans un mouvement de déglutition, il avait été entraîné dans le pharynx. Je portai le doigt sur la langue, jusque

vers l'ouverture supérieure du larynx, dans l'intention de saisir le fil, ou tout au moins de m'assurer s'il s'introduisait dans le canal aérien ; mais toutes ces recherches ne produisirent aucun résultat ; je ne fus pas plus heureux avec une pince à polypes recourbée. Dans cette occurrence, que devait-on faire? Pratiquer l'opération de la laryngotomie? Mais rien ne donnait la certitude de la position de l'aiguille dans le larynx. En effet, la douleur du cou pouvait se rapporter tout aussi bien au pharynx qu'au larynx ; la gêne de la déglutition semblait même plutôt indiquer la présence d'un corps étranger dans le pharynx ; enfin, la raucité de la voix et la gêne de la respiration, bien que se rapportant plus spécialement au larynx, auraient bien pu reconnaître également pour cause une tuméfaction laryngée étendue jusqu'à l'ouverture supérieure de l'organe vocal. Privé du secours du fil, seul moyen capable de permettre d'asseoir un diagnostic sur des bases certaines, puisqu'il eût infailliblement conduit sur l'aiguille à laquelle il tenait, je me décidai à l'expectation, après avoir, devant les élèves présents, motivé ma conduite d'après les raisonnements qui précèdent. Au reste, il n'y avait aucun inconvénient à attendre, car la gêne de la respiration était supportable (30 sangsues sur le larynx, cataplasmes, pédiluves sinapisés, orge, diète.)

Le lendemain, 19, la gêne de la respiration est un peu diminuée, quoique la tuméfaction extérieure ait pris un notable accroissement. (Saignée de 16 onces, 20 sangsues sur le cou, bain pédiluve, gargarisme, lait.)

M. le professeur Marjolin vit le malade ce jour-là, et partagea tout à fait l'opinion que j'ai précédemment énoncée : il fut, comme moi, d'avis qu'il fallait attendre.

Le 20, gêne plus grande que de coutume dans les mouvements généraux du cou ; impossibilité presque absolue, au moins sans de violentes douleurs, du mouvement de renversement de la tête en arrière.

Le 21, l'état général de la veille n'est pas changé. Le malade, pendant la visite, rejette le fil par la bouche au milieu d'une quinte de toux; on vient aussitôt me prévenir; et, m'étant transporté près du malade, je saisis le fil de la main gauche, je portai sur lui le doigt index de la droite jusque dans le pharynx, et il me fut facile de reconnaître qu'il s'introduisait dans l'ouverture supérieure du larynx, à gauche de l'épiglotte ; j'exerçai ensuite quelques tractions simples, et j'acquis la conviction qu'elles étaient complétement inutiles pour l'extraction. Le fil alors fut fixé sur

la joue avec un emplâtre adhésif, et l'opération de la laryngotomie arrêtée pour le lendemain.

Le 22, la respiration est plus pénible, la voix plus rauque : je renouvelle quelques tentatives d'extraction en tirant sur le fil, mais en modifiant comme il suit mes manœuvres : le tube recourbé d'une sonde de Belloc est glissé sur le fil, que l'on a préalablement passé dans sa cavité, l'extrémité du fil est retenue avec la main gauche, tandis que la droite conduit le tube à travers l'ouverture supérieure du larynx jusqu'à l'aiguille, il est poussé lentement, mais fortement en bas, dans le but de faire sortir des chairs la pointe de l'aiguille que l'on supposait placée en haut, tandis que le talon regardait en bas. Mais tout cela est encore inutile, et le malade demande qu'on le débarrasse promptement par des moyens plus efficaces. Pendant cette tentative, il fut aisé de reconnaître que le tube de la sonde touchait l'aiguille sous le repli arythéno-épiglottique, à la partie supérieure du larynx. Le malade alors est transporté à l'amphithéâtre : on prépare un linge troué enduit de cérat, la double canule de G. Martin, des fils et des pinces à ligature, deux bistouris, l'un convexe sur le tranchant, l'autre droit et pointu, enfin une pince à polypes recourbée et une à pansement. Le malade est placé horizontalement sur un lit, en face d'une croisée. Tout étant disposé, je procédai à l'opération de la manière suivante, en présence de M. le docteur Sernin, député du département de l'Aube, et d'un grand nombre d'élèves : placé à droite du malade, je fixe de la main gauche le larynx en l'embrassant latéralement avec les doigts, et je cherche l'espace crico-thyroïdien : mais la tuméfaction du cou ne peut, en aucune manière, permettre de le reconnaître par les procédés ordinaires ; alors, de la main droite, armée d'un bistouri, je fais sur la ligne médiane une incision qui comprend seulement la peau dans toute l'étendue du tiers moyen de la face trachéale du cou : dans un second temps, je divise à petits coups une masse cellulo-fibreuse indurée, dans laquelle sont confondus les muscles sous-hyoïdiens et l'aponévrose cervicale, et ce n'est qu'après avoir pénétré à un pouce de profondeur dans ce foyer inflammatoire, qu'on aperçut la membrane crico-thyroïdienne : immédiatement les vaisseaux qui recouvrent cette membrane sont divisés, ils fournissent un peu de sang ; le fond de la plaie est épongé et l'opération un instant suspendue pour l'application de quelques ligatures ; mais bientôt le sang s'arrête de lui-même, les vaisseaux divisés ne s'aperçoivent plus, et le reste de l'opération est rapidement achevé. L'ongle de l'index de la main gauche est placé transversalement sur la

membrane crico-thyroïdienne, puis celle-ci est ponctionnée et incisée dans la même direction, un sifflement se fait aussitôt entendre et avertit de la pénétration dans le canal aérien; la voix s'est affaiblie; une sonde cannelée mousse et recourbée est portée par la petite plaie dans le larynx, et dirigée en haut, sa cannelure placée antérieurement; elle sert à conduire un bistouri avec lequel le cartilage thyroïde est incisé sur la ligne médiane dans toute sa hauteur. Ce temps de l'opération excite une toux qui cesse immédiatement, et qui dut être attribuée au contact des instruments sur les lèvres extrêmement irritables de la glotte. Dès ce moment, la respiration s'accomplit tout à fait par cette large ouverture; elle est plus facile qu'avant l'opération, mais la voix reste abolie. Une pince à polypes est introduite à deux reprises différentes dans le larynx, elle détermine une gêne indicible qui force à la retirer très-promptement, sans amener l'aiguille avec elle : le volume considérable de cet instrument, qui fermait ainsi tout accès à l'air, soit par la plaie, soit par le pharynx, est considéré comme la cause principale de ces phénomènes; alors, faisant observer que le corps étranger pourra bien sortir spontanément par l'ouverture dans un accès de toux, comme cela est maintes fois arrivé, je cesse toute tentative d'extraction. Je savais, d'ailleurs, que ces tentatives seraient plus opportunes le lendemain à l'aide d'une pince plus fine. Le malade est immédiatement reporté à son lit sans autre pansement que l'application d'une compresse trouée enduite de cérat sur la plaie, le tout très-lâchement maintenu par une compresse fixée à la nuque. On doit ajouter que, pendant l'opération, un des chefs du fil confié à un aide, avait été avalé par le malade, et qu'une traction exercée sur celui qui restait suffit pour lui faire abandonner l'aiguille. Le malade est tenu à la diète pendant toute la journée; on lui donne abondamment d'une infusion de tilleul et de feuilles d'oranger. Ce liquide sort en partie par la plaie pendant chaque effort de déglutition.

Le 23, il y a plus de calme que les jours précédents, et à peine de la fièvre. Une aiguille, longue de 19 lignes, noircie et comme bronzée, est trouvé fichée dans la compresse qui recouvre immédiatement la plaie; on la montre au malade qui s'écrie tout joyeux : Oh! je la reconnais, c'est elle, c'est elle! »

Le 24, les bords de la plaie sont rouges et tuméfiés; la voix est moins voilée qu'avant l'opération; les boissons s'échappent au-dehors moins abondamment.

Le 25, les bords de la plaie se sont beaucoup affaissés; ils laissent entr'eux plus d'espace; aussi la voix est moins facile, et

l'issue des boissons est plus marquée. On rapproche doucement en plaçant un tampon de charpie sur les côtés du larynx, et en serrant avec une bandelette de sparadrap.

Le 30 juillet, la plaie est rétrécie de plus de moitié ; le malade ne souffre plus ; les boissons ne sortent point par la plaie ; mais la voix reste voilée ; on donne des aliments solides.

Depuis cette époque, jusqu'au mois de septembre, la plaie s'est tout à fait cicatrisée par en haut ; il reste seulement en bas une fistule susceptible d'admettre un gros stylet ; quelques douleurs se sont fait ressentir à la partie supérieure et gauche du larynx, lieu où l'on suppose qu'était placée l'aiguille. La voix offre les caractères de raucité qu'elle avait lorsque le corps étranger existait dans le larynx. Pour vaincre ce malaise, que je considère comme produit par une laryngite, j'ai mis successivement en usage les sangsues, au nombre de quarante, appliquées en quatre fois, et à des intervalles fort éloignés ; des cataplasmes, des pédiluves sinapisés, des boissons laxatives et un séton à la nuque.

Le 15 septembre, le malade est encore à l'hôpital Beaujon ; toutes ses fonctions s'exercent avec la plus grande régularité ; mais le caractère de la voix n'est pas changé : elle est rauque comme avant l'opération.

Il reste une fistule très-étroite, qui ne laisse passer l'air que dans les efforts violents de l'expiration, la bouche et le nez étant fermés. On continue le traitement indiqué ; on ajoute seulement des frictions mercurielles sur les côtés du larynx. La fistule, pendant les jours suivants, a été cautérisée trois fois à l'aide du porte-caustique droit de M. Lallemand.

Le 30, la fistule est fermée ; la voix a repris plus de force.

Les chirurgiens ne s'aviseront pas non plus de douter du mécanisme de l'introduction des pièces de pansements dans la trachée, puisque c'est toujours au moment de l'aspiration de l'air qu'elles sont attirées dans le conduit à la manière d'un aimant, et par une sorte d'action que l'on peut comparer encore à celle d'un soufflet qui, en attirant une colonne d'air, attire en même temps les corps faciles à déplacer.

Si l'argumentation ne peut pas s'établir sur ce qui précède, de deux manières différentes, il n'en est pas de même du mécanisme en vertu duquel les corps étrangers pénètrent par l'ouverture laryngée. C'est sur ce point de la question qu'existent le vague et l'incertitude, et c'est aussi à propos de ce mécanisme que l'observation a été en défaut.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

## MÉDECINE OPÉRATOIRE.

17. *Résection du maxillaire inférieur, depuis le milieu de la branche ascendante gauche jusqu'au niveau de la canine droite;* pratiquée par M. Corbet, Professeur de Clinique chirurgicale à l'École de Médecine de Besançon.

(Revue médico-chirurgicale, mai 1851.)

Dupin (Joseph), âgé de 20 ans, marinier, entre à l'hôpital Saint-Jacques le 26 avril 1850. Ce jeune homme est doué d'une constitution robuste ; son facies et l'état général de sa santé éloignent toute idée de diathèse. Bien qu'il prétende qu'il n'y ait jamais eu, dans sa famille, d'exemple d'affection cancéreuse, on peut conclure de ce qu'il raconte sur la maladie à laquelle sa mère a succombé, à l'âge de 50 ans, que c'était probablement un cancer du col de l'utérus.

La maladie qu'il présente consiste en un ostéosarcome volumineux de la mâchoire inférieure. Cette tumeur a commencé à apparaître, il y a deux ans, au fond de l'alvéole de deux dents dont il avait amené la chute, en glissant une pointe de couteau pour en nettoyer l'intervalle. C'étaient les deux petites molaires gauches. La première grosse molaire s'ébranla ensuite et ne tarda pas à tomber. La deuxième grosse molaire, la canine et les deux incisives du même côté sont depuis longtemps vacillantes. Pendant plus d'un an, la grosseur conserva un volume très-restreint ; elle a augmenté considérablement à la suite de l'irritation qu'on y détermina, en cherchant à en enlever une portion. Depuis 18 mois, la mastication est impossible à gauche. D'ailleurs cette affection est peu incommode et n'a jamais empêché Dupin de vaquer à ses occupations habituelles. A part quelques élancements légers qui se font sentir à de rares intervalles dans l'oreille gauche, la tumeur est généralement indolente.

*État actuel.* — La joue gauche est fort distendue par la tuméfaction de la mâchoire inférieure ; la peau en est luisante, mobile sur la tumeur qui fait corps avec l'os. Celle-ci s'étend, à gauche, au-dessus de l'angle du maxillaire ; du côté opposé, à un centimètre environ à droite de la symphise. En bas, elle ne dépasse qu'à peine le niveau ordinaire du bord inférieur de la mâchoire. Dans cette région existe un ganglion sous-maxillaire, hypertrophié, ovale, doué encore d'une certaine mobilité. Le menton a subi une déviation à droite ; il en est de même de

l'ouverture buccale. La commissure gauche des lèvres est légèrement tiraillée en haut. La surface de la tumeur, parfaitement égale à l'extérieur, présente à l'intérieur de la bouche des bosselures et des anfractuosités. Bien que partie du diploé, elle se soit développée dans tous les sens, il est vrai de dire qu'elle fait principalement saillie du côté de la table interne. Là elle s'avance en déjetant la langue et le plancher de la bouche à droite, jusqu'à un centimètre environ du corps de la mâchoire. La consistance en est ferme, intermédiaire entre la dureté du squirrhe et la mollesse élastique de l'encéphaloïde. Aucune crépitation ne se produit à la pression. Enfin, la respiration et la déglutition ne sont nullement gênées.

On met le malade, pendant quelques jours, à l'usage des préparations iodurées à l'intérieur et des frictions mercurielles locales qui n'amènent aucun résultat avantageux.

L'opération fut pratiquée le 7 mai. On s'y résolut, en tenant compte plutôt de l'espoir qu'inspirait l'excellente constitution de Joseph Dupin, que des dangers inhérents à une ablation aussi considérable, et surtout de la gravité particulière au cas actuel, constituée par la nécessité de détruire les attaches de la langue en avant. Or, il ne faut pas se le dissimuler : telle est la cause spéciale qui a fait échouer le plus grand nombre des opérations de ce genre. M. Corbet se rappelait encore, avec quelque terreur, le déplorable résultat d'une semblable résection pratiquée par lui-même, il y a quelques années, et comprenant seulement la partie moyenne du corps de l'os. Pendant les quinze premiers jours, rien d'insolite. Le malade se levait, se promenait, prenait des aliments à l'ordinaire ; la plaie marchait vers une cicatrisation prochaine. Tout en un mot faisait espérer une heureuse terminaison, quand, vers le quinzième jour, pendant la nuit, l'opéré fut pris d'accès de suffocation auxquels il succomba dans l'espace de quelques minutes. L'autopsie démontra manifestement que la mort était due à la rétraction de la langue en arrière, et à un mouvement de bascule du larynx dans le même sens. Il y avait alors, dit M. Corbet, une chose très-simple à faire ; c'était d'aller saisir la langue avec une érigne. Le chirurgien de garde n'eut malheureusement pas cette pensée ; et perdit à l'emploi de moyens accessoires un temps précieux et irréparable. Fallait-il pratiquer la trachéotomie ? Non, certes. M. Lallemand, dans un cas semblable, crut nécessaire d'en venir à cette extrémité. Mais quoique le succès ait suivi sa témérité, on ne saurait l'approuver d'avoir, au lieu d'une manœuvre si simple et de nulle conséquence, préféré ajouter aux dangers

d'une résection déjà très-grave par elle-même, le danger non moins grand d'une bronchotomie.

A ce propos, je rappellerai la remarque suivante faite par notre excellent professeur de clinique chirurgicale. Plusieurs fois, pendant le cours de l'opération, le malade avait eu des menaces de suffocation. Toujours il avait suffi de lui faire pencher la tête en avant, pour que la langue, obéissant à son propre poids, revînt occuper sa place habituelle et que tous les accidents disparussent. Donc la prétendue rétraction active de la langue, que l'on a toujours attribuée jusqu'ici à la contraction des muscles extrinsèques qui conservent leur intégrité après l'ablation de l'apophyse géni, n'était réellement dans ce cas, et peut-être en est-il souvent de même, qu'une sorte de chute passive de l'organe par la seule action de la pesanteur. Qu'il me soit permis d'appeler l'attention des praticiens sur ce point de physiologie.

Avant de décrire l'opération, je dirai un mot des divers procédés que l'on peut mettre en usage pour fixer la langue en avant. Dupuytren, l'auteur de la résection du maxillaire inférieur, dont il a enrichi la chirurgie, n'employait aucun moyen de fixer la langue, et comptait tant sur l'absence d'antagoniste véritable du génioglosse que sur la formation rapide d'adhérences aux téguments du menton. L'expérience ne tarda pas à apprendre qu'il était imprudent de trop se fier à ces données. Delpech traversa la pointe de la langue avec un fil d'or qu'il fixa aux dents voisines. D'autres, et Delpech lui-même, ont fait passer une anse de fil à travers le frein de la langue, ou même à travers les muscles sus-hyoïdiens. Un semblable procédé est décrit dans l'anatomie topographique de M. Pétrequin. « Le « procédé de Delpech, dit-il, est défectueux en ce qu'il irrite et « déchire l'organe, empêche l'expuition, et gêne, pour la dé- « glutition, la parole, etc. J'ai saisi largement le dessous de la « langue avec le frein dans une anse de fil double. Mon opéré « (juillet 1845) a guéri heureusement. » Nous verrons tout à l'heure comment M. Corbet eut soin de séparer d'abord complétement toutes parties molles des deux faces de l'os, en laissant intacte l'insertion du génioglosse, et comment il ne la divisa qu'après en avoir traversé le pédicule d'un triple fil de soie ciré, procédé qui fut couronné d'un plein succès. A ceux qui craindraient que des efforts violents et continus de la langue ne vinssent à rompre prématurément la partie du muscle comprise dans la ligature, je proposerai l'expédient qui suit : Laissez le génioglosse attaché à la portion de l'os que vous enlevez ;

puis amoindrissez cette portion de façon à n'avoir plus qu'une sorte de tubercule de la grosseur d'une aveline : rien n'est si facile dans les cas de tumeurs sarcomateuses. Réunissez la plaie, le pédicule du muscle interposé entre ses lèvres et étreint dans une ligature. Le tubercule conservé, maintenu au dehors, fera l'office du nœud d'une corde et opposera un obstacle naturel, invincible à la rétraction de la langue. La ligature amènera peu à peu la chute de ce tubercule et aussi lentement qu'on voudra ; et, lorsque frappé de mort, il viendra à se détacher, les adhérences contractées entre le muscle lui-même et les parties voisines préviendront tout accident. Je ne sais si je me trompe, mais ce procédé me semble aussi sûr dans ses résultats que facile dans son exécution.

*Opération ; éthérisation préalable.* — L'incision commencée à 7 millimètres environ du bord libre de la lèvre inférieure, un peu à droite de la ligne médiane, descend, en décrivant une légère courbure, jusqu'au-dessous du bord inférieur de la mâchoire, est prolongée le long de ce même bord et se termine au niveau de l'angle gauche du maxillaire. Ce procédé donne lieu à un avantage important ; en se bornant à une incision horizontale, point prolongée en verticale en arrière, comme le conseillent la plupart des auteurs lorsque la section doit dépasser l'angle de la mâchoire, il conserve sûrement la branche cervico-faciale de la septième paire, toujours lésée par une pareille incision. Pourtant l'angle externe de la plaie étant refoulé fortement en arrière, en même temps que la lèvre inférieure en est abaissée au-dessous du maxillaire et la lèvre supérieure relevée autant que possible, il reste suffisamment de place pour manœuvrer, je ne dirai pas seulement avec la scie à chaîne, mais même avec la scie à crête de coq. Dissection du lambeau ainsi formé. Extraction de la canine droite. Section avec la scie à crête de coq au niveau de son implantation. Section en arrière avec la scie à chaîne, peu au-dessous de l'échancrure coronoïdienne. La portion osseuse ainsi détachée est séparée des tissus adhérents à sa face postérieure, à l'exception du génioglosse, au moyen d'un bistouri mousse qui rase exactement la surface de l'os. C'est à cette précaution que le chirurgien dut d'achever cette partie de l'opération sans léser aucun vaisseau. Quelques ligatures en très-petit nombre sont posées dans l'angle externe de la plaie et embrassent la faciale, la sous-mentonnière, etc. La dentaire inférieure ne donne pas d'hémorrhagie. Une ligature, composée d'un triple fil de soie ciré, est passée à travers l'espèce de pédicule que forme le génioglosse à son insertion antérieure. Cette

dernière étant alors tranchée, la langue est retenue aisément au moyen du fil de soie. Ni la maxillaire interne, ni la septième paire ne furent lésées. Une suture entortillée réunit la plaie dans toute son étendue, sauf le point le plus déclive où fut laissée une mèche à demeure. Le fil qui retenait la langue fut fixé sur un petit bâtonnet, un peu au-dessous du lieu qu'occupait l'insertion musculaire dont il remplissait parfaitement l'office.

Le volume de la tumeur était à peu près égal à celui du poing. La substance osseuse avait complétement disparu, même à la circonférence, ce qui explique pourquoi la pression ne produisait aucune crépitation. Elle était rougeâtre, extrêmement friable et facile à déchirer. Enfin, l'examen microscopique démontra qu'elle était composée du tissu encéphaloïde.

Après l'opération, le malade put boire avec assez de facilité au moyen d'une sorte de biberon. Le silence le plus absolu lui fut enjoint. Grâce à sa docilité et surtout aux précautions qui avaient été prises pour suppléer à l'absence de l'apophyse géni, il ne survint pas le moindre accident du côté de la langue. Dès les jours suivants, il put en tirer la pointe hors de la bouche et articuler quelques paroles. La plaie se cicatrisa par première intention, partout où la réunion en avait été opérée. On enleva les épingles le cinquième et le sixième jour. Il ne restait de fistuleux que le trajet du fil de soie qui retenait la langue et le point où l'on avait placé une mèche à demeure. Celle-ci ne tarda pas à être supprimée, du moment qu'il fut reconnu que la suppuration, fort peu abondante d'ailleurs, avait plus de tendance à s'écouler par la bouche. Je suis même porté à croire que cette mèche est généralement inutile; du moins j'ai toujours vu les opérateurs ne pas tarder à en débarrasser la plaie et chercher immédiatement à obtenir la réunion secondaire. Quant à la ligature de soie, elle fut enlevée le neuvième jour, alors donc que les adhérences étaient parfaitement consolidées. A la même époque le malade commença à prendre quelques aliments solides, et bientôt la mastication s'effectua avec la plus grande facilité.

Je dois noter un fait que j'ai passé sous silence et qui n'est pas sans intérêt par sa singularité ; c'est l'invasion d'un frisson très-marqué d'une demi-heure de durée dans la nuit du troisième jour à la suite de l'opération, frisson qui, survenu sans cause accidentelle appréciable, n'eut néanmoins pas de suite et dont rien n'est venu donner l'explication. On était en droit de craindre l'invasion soit d'un érysipèle, soit d'une diathèse purulente;

cependant le pronostic se trouva en défaut. Il faudra donc se garder de prédire d'une manière trop affirmative, d'après un pareil phénomène, l'arrivée certaine, inévitable de l'une ou l'autre de ces maladies, lors même que l'on se trouve en dehors de la circonstance d'une fièvre intermittente habituelle ou imminente, ou d'une vaste suppuration, ou d'une affection des voies urinaires.

Pendant les premières semaines, le gonflement de la joue gauche, suppléant pour ainsi dire à l'absence du maxillaire, faisait disparaître toute espèce de déformation. Peu à peu, le gonflement se dissipant, un certain vide se manifesta dans la moitié inférieure gauche de la face, et un léger affaissement permanent de cette région fut la seule difformité qui résulta d'une aussi grave ablation. Encore la barbe viendra-t-elle plus tard l'effacer sans doute complétement.

---

## 18. *Des pansements rares et des pansements rapprochés des plaies*; par le docteur A. Bertherand.

(Gazette médicale de Strasbourg, Nos 4 et 5, mai 1851.)

Ce n'est pas seulement aux opérations pratiquées habilement et à propos que la chirurgie doit demander d'efficaces ressources. La conduite judicieuse des pansements lui en offre de non moins essentielles. Toujours leur emploi méthodique seconde les efforts de la nature, comme aussi, appliqués irrégulièrement, trop souvent ou trop rarement renouvelés, ils compromettent le succès des soins les mieux entendus.

Pénétrée de l'importance de ces considérations, l'Académie de chirurgie, en 1734, leur emprunta le texte de son sujet annuel de concours. Deux mémoires, l'un de Lecat, l'autre anonyme, méritèrent le suffrage de l'illustre assemblée.

En reprenant aujourd'hui la question, nous ne nous dissimulons pas les exigences et la responsabilité qu'apporte à notre tâche le souvenir de savants devanciers. Loin de nous la prétention de faire oublier de glorieux travaux ! Un rôle modeste, mais utile encore, nous a tenté. Depuis un siècle, les progrès de l'observation clinique, l'expérience des grands hôpitaux et des champs de bataille, ont fourni de nombreux éléments à la solution du problème. Les conquêtes de l'anatomie de structure, l'usage plus répandu du microscope, ont élucidé l'histoire mystérieuse de la réparation des tissus. Faire entrer ces nouvelles

données dans l'appréciation du sujet, enrichir, développer son domaine, bien plutôt que réédifier l'œuvre, telle est la fin que nous nous sommes proposée. Puissions-nous y être parvenu !

Hormis certains cas spéciaux, dans lesquels on entretient à dessein, l'orifice ou la surface dénudée d'un exutoire, le but qu'on poursuit dans les pansements est *la cicatrisation.*

1° Diminuer la douleur des solutions de continuité ;

1° Appliquer sur elles les substances favorables à la guérison;

3° Soustraire les agents nuisibles ;

4° Assurer aux parties une situation propice ;

Toutes ces indications du traitement local des plaies convergent vers un même résultat : la réunion ou la réparation des tissus.

C'est dire assez que la connaissance du mécanisme de la consolidation doit nécessairement servir de point d'appui aux considérations que nous aurons à faire prévaloir dans ce travail.

En conséquence, dans une première partie, nous présenterons succinctement l'histoire de la cicatrisation ; une deuxième section comprendra : l'examen des pansements rares et rapprochés des plaies, l'exposé de leurs avantages et de leurs inconvénients. Nous terminerons par un résumé concis des indications qui en résultent.

## PREMIÈRE PARTIE.

### DE LA CICATRISATION.

#### § 1er. *Historique.*

Hippocrate, Galien, Celse savaient peu de chose du mécanisme de la cicatrisation. Le premier niait la régénération dans les cas de perte de substance; Galien l'admettait presque pour les chairs, les graisses, les os et surtout les veines; A. Paré signala l'adhésion immédiate à la suite des ligatures. Il faut néanmoins atteindre le dix-huitième siècle pour trouver, après de longs débats et cinq ans de controverses, la question tranchée par l'Académie de chirurgie en faveur de Fabre et de la *non-régénération.* La plupart des travaux modernes sur la consolidation dérivent de cette doctrine : est-ce à dire pour cela que sa rivale méritât une condamnation absolue ?

L'anatomie comparée invoque à sa décharge des exemples avérés de membres entiers reproduits chez les salamandres et les écrevisses. Chez l'homme, dans les cicatrisations osseuses, l'élément du tissu divisé s'épanche dans la trame intermédiaire et reconstitue l'organe avec tous ses caractères anatomiques. M. Sé-

dillot a établi que les nerfs présentaient au bout d'un certain temps, dans les moignons de membres amputés, des renflements volumineux fort remarquables, liés à la cicatrice, soulevant la peau, et se rattachant les uns aux autres par de véritables arcades anastomotiques. Les expériences curieuses de M. Descot montrent la cicatrice qui succède à la section des cordons nerveux, devenue nerveuse elle-même, et pouvant transmettre la sensibilité et le mouvement. Delpech excise un pouce du nerf cubital à l'occasion d'une névralgie de cet organe ; au bout de cinq ans, la continuité s'était rétablie et la maladie avait reparu. M. Sédillot a expliqué le mécanisme de cette reproduction de tissu, déduit d'expériences faites en commun avec M. Bégin, au Val-de-Grâce, en 1829. Schwan et Steinrueck ont aussi constaté sur de nombreux sujets le retour de la faculté conductrice dans les cicatrices nerveuses.—Dans un autre ordre de phénomènes réparateurs, dira-t-on que c'est par affaissement et rapprochement de leurs bords, comme le voulaient Fabre et Louis, que se guérissent les pertes de substance du cuir chevelu, alors que la boîte osseuse du crâne, immédiatement sous-jacente, s'oppose à toute dépression des parties molles ? Et les îlots de tissu cicatriciel, qui, du centre des grands ulcères, vont rejoindre les points marginaux de la plaie, ne sont-ils pas un témoignage de plus contre la décision trop absolue de l'Académie de chirurgie !

Bichat professait que le tissu cellulaire seul suffit à l'ecclosion des bourgeons charnus, ceux-ci, en se desséchant, forment, selon lui, la pellicule définitive de la cicatrice ; cette matière organisable du nouveau tégument était du pus pour E. Home. Hunter restreignit aux réunions tardives (avec inflammation) l'intervention virtuelle des granulations. John Bell, Dupuytren ont insisté sur les deux modes distincts de cicatrisation, *avec* ou *sans* inflammation. La dernière, d'après Delpech, donne toujours lieu à une pseudo-membrane pyogénique, sorte de matrice du tissu *inodulaire*, dont, le premier, il a bien étudié les propriétés remarquables, entre autres la rétractilité. Les noms de Breschet, Gueterboeck. Schroder, Vogel, Henle, Cruveilhier, Lebert appartiennent encore à l'histoire de la réparation des tissus.

## § 2. *Mécanisme de la cicatrisation.*

La guérison des plaies s'obtient par deux modes principaux :

A. La réunion immédiate ou par *première intention* (sans suppuration).

B. La réunion médiate ou secondaire (avec suppuration).

### 1. *Réunion immédiate.*

Rapprochez les lèvres d'une blessure légère, ou, si faire se peut, affrontez exactement les surfaces d'une plaie étendue mais régulière, bientôt, dès le second jour souvent, l'adhésion existe, une ligne blanchâtre marquera seule le siége et la dimension de la solution de continuité. Que s'est-il passé ?

L'écoulement du sang arrêté, une exsudation séro-fibrineuse se concrète rapidement entre les tissus contigus sous forme de fausse membrane jaunâtre, aréolaire, véritable matière agglutinative, suc radical, lymphe coagulable des anciens, sang organisé de Hunter, et fibrine pure d'après M. Lassaigne. Plus solide au bout de vingt quatre heures et cependant facile encore à détruire par une traction modérée, cette couche se pénètre graduellement de sang, passe à l'état plus résistant de trame fibrocelluleuse et acquiert finalement une résistance égale à celle des parties circonvoisines.

Ce tissu est perméable au sang, Bichat l'a prouvé en montrant que des lambeaux de cuir chevelu, circonscrits de toutes parts dans une cicatrisation linéaire, continuaient de se nourrir. L'inosculation des vaisseaux divisés, considérée longtemps comme la seule voie qui pût rétablir une circulation traumatiquement interrompue, ne saurait plus être invoquée aujourd'hui comme moyen exclusif. Comment l'admettre dans les autoplasties, alors que, pour le nombre, le calibre, la situation des vaisseaux sanguins, il n'y a aucune parité entre les lèvres affrontées, et, à plus forte raison, dans les plaies cicatrisées avec écartement notable des surfaces divisées ?

Il se produit donc de nouveaux vaisseaux dans les sucs interposés ; Parry, Ebel, Manec l'ont mis hors de contestation. M. Cruveilhier a dit, à tort, cette formation entièrement veineuse ; E. Home a constaté le développement, au deuxième jour, de plusieurs artérioles et veinules au milieu du suc organique qui établissait l'adhérence d'une anse intestinale réduite après une opération de hernie étranglée. M. Balfour mentionne une production pareille de communications nerveuses.

Selon que la coaptation a été plus ou moins parfaite, le tissu de conjonction est plus ou moins épais ; son peu d'apparence, en certains cas, a pu faire croire à son absorption complète : ce serait même là, d'après Corvisart et Renaudin, le dernier mot de la véritable consolidation immédiate ; mais les preuves directes manquent à cette théorie, restée à l'état d'ingénieuse hypothèse.

L'adhésion est quelquefois partielle entre les points affrontés, d'espace en espace, d'une plaie simple sans perte de substance, mais à bords frangés, par exemple, après l'arrachement. Les auteurs en ont fait une *cicatrisation mixte*.

## II. *Réunion médiate.*

Quand la plaie simple n'a pas été réunie,

Quand la coaptation de ses bords n'a pas produit l'adhésion,

Ou bien encore, lorsqu'une perte assez considérable de tissus existe,

La suppuration ne tarde pas à apparaître, et on observe ce qui suit :

Soit rétraction des vaisseaux, soit formation de caillots à leurs extrémités, le sang cesse de couler et fait place à un suintement plastique qui, si la lésion est peu profonde, se concrète en masse jaunâtre et forme *croûte*. Sous cette couche protectrice les parties congestionnées imprègnent de lymphe le tissu cellulaire et donnent lieu ainsi à une turgescence mamelonnée rougeâtre ; le pus coule et opère une série d'actes des plus curieux à bien connaître.

S'il est de bonne nature, blanc, inodore, crêmeux, coiffant des granulations vermeilles et pas trop irritables, la plaie se dégorge assez vite ; ses bords s'affaissent, son étendue se restreint, une couche épidermique (tissu fibreux de Dupuytren, inodulaire de Delpech) s'avance comme par extension du tégument marginal. Chaque jour voit apparaître une nouvelle zone concentrique, et ainsi de suite jusqu'à nivellement entier de la surface suppurante.

Un habile micrographe de nos jours, M. Lebert, a publié, sur le rôle des bourgeons charnus dans le travail cicatriciel, des observations intéressantes que nous croyons devoir rappeler sommairement.

Enlevés, à l'aide de ciseaux, de la superficie des plaies, les bourgeons charnus récents ou en voie de suppuration sont formés d'un lacis vasculaire et d'une matière intervallaire. Les vaisseaux composés d'anses empruntées aux capillaires de la circulation générale, vont en s'irradiant ; leur diamètre moyen varie de 1/40 à 1/50 de millimètre. L'accroissement rapide de la substance des bourgeons et l'absence du travail constant et apparent de résorption, pendant leur développement, semblent assigner à ces nouveaux capillaires une nature artérielle.

Au milieu des granulations se dépose une substance jaunâtre,

homogène et finement grenue à la loupe, décelant au microscope une sorte de stratification fibroïde, analogue à la fibrine coagulée. Partout, dans ce magma, on reconnaît des globules ronds ou irrégulièrement fusiformes de $0^{mm},01$, renfermant de deux à quatre petits noyaux, plus visibles encore si on y ajoute de l'acide acétique ; ce sont de véritables globules de pus déformés et allongés en voie de diffluence ; bref, cette matière intervasculaire est un pyo-blastème organisé, se transformant en gélatine fibro-albumineuse coagulée et emprisonnant des globules de pus dont la dissolution s'empare incessamment.

Lorsque les bourgeons charnus se pressent à la surface et tendent à la cicatrisation, le nombre des arcs vasculaires diminue de même que celui des globules de pus, qui deviendront bientôt méconnaissables par leur désagrégation en granules moléculaires. La gélatine coagulée pâlit à son tour, et de véritables fibres fines, à contours nets, à calibre inégal, de $0^{mm},0025$ à $0^{mm},0005$, se substituent à la masse principale.

Au moment de la cicatrisation les bourgeons charnus sont égaux et luisants, le microscope y reconnaît un tissu fin, peu vasculaire, presque dépourvu de globules de pus ; puis, la plaie se charge de pellicules de moins en moins rouges, toutes composées de cellules épidermiques aux divers degrés de leur évolution. A cette superficie, les dimensions des globules augmentent au détriment de leur épaisseur, le noyau disparaît ; ils revêtent ainsi de plus en plus l'aspect pelliculaire.

En résumé, dans toute élaboration cicatricielle :

1° Il naît de nouveaux réseaux capillaires procédant des vaisseaux les plus voisins ;

2° Il en transsude un liquide qui se sépare, partie en pus sérum et globules, partie en coagulum fibreux intermédiaire aux anses ;

3° Les vaisseaux disparaissent peu à peu, d'où résultent ; l'apparence fibreuse et l'atrophie consécutive habituelle du tissu inodulaire.

Ainsi s'expliquent parfaitement non-seulement la rétraction ultérieure des cicatrices étendues et les difformités qui s'y rattachent, mais encore, par suite de l'oblitération graduelle des vaisseaux, la difficulté qu'éprouve un tissu mal nourri à se réparer, quand l'ulcération s'y est établie.

D'une manière générale, la consolidation immédiate aboutit à une cicatrice linéaire ; la réunion sécondaire, à une cicatrice large. Ces différences tranchées, quant aux dimensions du produit interposé, sont loin de distinguer aussi absolument les phé-

nomènes de formation. Dans les deux cas, en effet, c'est toujours de la part de la nature l'organisation d'une fausse membrane à la surface de la plaie. Ici, comprise entre les bords rapprochés de la division (première intention), elle reçoit la vie par ses deux faces et subit promptement la transformation fibro-celluleuse. Là, la fausse membrane, déposée en largeur et en couche tenue sur la partie dénudée (deuxième intention), soumise au contact des corps extérieurs et exposée aux mouvements du dehors, se constitue plus difficilement; le sang y afflue, des exsudations successives se forment, qui compliquent et retardent la métamorphose.

Dans la réunion primitive, le tissu conjonctif n'est tégumentaire que par un bord mince, et le travail réparateur n'a qu'une étroite lacune épidermique à combler.

Dans la réunion secondaire, les points de contact de la membrane cicatricielle avec l'économie sont, au contraire, relativement plus restreints, puisqu'elle n'y est soudée que par ses bords et par un côté seulement de sa surface, le second devant être entièrement tégumentaire.

Grâce à la propriété rétractile si énergique, dont nous avons tout à l'heure indiqué la cause organique, on a pu voir des bandes de tissu cicatriciel se contracter assez fortement pour, au bout d'un certain temps, simuler à s'y méprendre, une réunion primitive et linéaire.

## § 3. *Des conditions qui modifient la marche de la cicatrisation.*

Les circonstances susceptibles de favoriser ou de retarder le travail cicatriciel sont nombreuses; elles fournissent de précieuses indications à la pathologie, à l'hygiène, à la thérapeutique générale des plaies, et surtout à *la conduite des pansements*. Pour rester dans les limites de mon sujet, je ne les examinerai que sous ce dernier point de vue.

### I. *Rapprochement et contact immobile des parties divisées.*

La cicatrisation étant un acte complexe de l'organisme, et l'adhésion devant résulter de transformations successives dont les phases intermédiaires veulent être rigoureusement accomplies, il ne suffit pas du contact, une fois réglé, des bords d'une plaie, pour que réunion s'ensuive; il faut encore un rapport assez intime, et surtout assez longtemps continué, pour que l'élaboration cicatricielle puisse arriver à terme. Autrement les sucs épanchés

ne se condensent pas ; l'inflammation s'exalte, et, quand on ne parvient pas à la maîtriser promptement, la suppuration se développe avec tout son cortége, érythème, fusées, abcès, fonte ulcéreuse des parties limitrophes, etc.

L'observation quotidienne nous montre l'influence heureuse du repos dans les petites plaies auxquelles nous exposent certains usages de la vie, tel que, par exemple, le besoin de nous raser le visage. Si la section toujours également nette de l'instrument porte sur une région de la face que ne tiraillent pas trop les mouvements de la respiration, de la voix et de la mastication, il suffit ordinairement d'étancher le sang pour que la solution, abandonnée à elle-même, guérisse rapidement. Située, au contraire, sur un point mobile des joues ou du menton, au voisinage des lèvres, elle s'irrite, saigne par suite de déchirements incessants, et parfois ne se réunit que très-tardivement.

Ce que nous venons de dire, pour les cas où la réunion immédiate est indiquée, n'a pas moins d'importance dans ceux où l'étendue de la perte de substance réclame un large travail de réparation. On a vu tout à l'heure que la consolidation procède généralement alors de la circonférence vers le centre ; les bords de la plaie représentent, qu'on me passe l'expression, la base de sustentation des couches ultérieures de tissu à intervenir. Or, le moyen que des granulations vasculaires, déliées et si fragiles, puissent s'organiser et se compléter, quand des tractions, des secousses, des déplacements exercés sur elles et autour d'elles, viendront troubler le coagulum, déchirer, aussitôt l'ecclosion, le réseau capillaire dont il est la matrice, et intercepter les communications qui le rattachent à la circulation nourricière ambiante ?

### II. *Inflammation adhésive.*

Proclamer avec Hunter l'inflammation adhésive comme une des conditions générales de la consolidation des plaies, c'est, aux yeux de plus d'un pathologiste, trancher une question encore controversable.

L'état inflammatoire doit-il de toute nécessité intervenir ici ? Oui ! répond le plus grand nombre : « Une phlogose légère s'empare toujours des surfaces saignantes, » dit Richerand. « Mises en contact, les parties divisées s'enflamment, » expose M. Bégin. D'après M. Sédillot, « un certain degré d'inflamma-« tion est indispensable à la réunion immédiate... c'est même « le premier temps de la cicatrisation secondaire... » Je pourrais multiplier les citations.

En opposition avec ces sentiments, voici d'abord John Bell : « C'est à tort, écrit-il, que l'on a confondu, avec un état pa- « thologique, un travail médicateur des plus salutaires. Une di- « vision récente se consolide en vertu d'une propriété absolu- « ment semblable à celle qui, dans l'état normal, préside à la « nutrition et à l'accroissement des parties; il n'y a là ni phleg- « masie, ni douleur... l'organe est dans un état d'intégrité par- « faite. L'adhésion *prévient* l'inflammation. »

Delpech a développé le même thème, et s'est évertué à établir une sorte d'antagonisme entre l'adhésion et l'inflammation, s'appuyant spécieusement sur ce que l'adhésion était plus prompte et plus parfaite là où l'inflammation ne se manifestait pas; plus lente et moins complète, au contraire, quand la phlogose se déclarait.

M. Lafesse, arguant à faux, ce nous semble, d'une observation de Dupuytren, nie l'inflammation, jusque dans les phénomènes de la réunion secondaire. M. Quesnoy, qui a reproduit cette assertion, prétend que les caractères physiognomiques de l'inflammation manquent à la période adhésive, puisque « la plupart du « temps, il n'y a pas ou presque pas de douleur; la chaleur est « fort peu augmentée, et la suppuration est nulle. Il y a bien « fluxion, » mais à titre mécanique seulement.

Cette interprétation est inexacte et, croyons-nous, facile à réfuter. Prenons pour exemple les plaies les plus simples et les plus promptes à se réunir, je suppose les coupures superficielles de la peau des mains, celles de la face déjà invoquées : ne s'accompagnent-elles pas toujours d'une sensation plus ou moins prononcée de *cuisson ?* Une *rougeur*, si peu marquée que ce soit, ne borde-t-elle pas constamment leurs lèvres ? Ces dernières ne présentent-elles pas habituellement au toucher une sorte de saillie ou de *turgescence*?

1° Cuisson ou douleur,
2° Rougeur,
5e Tuméfaction ou turgescence,

Ce sont bien déjà trois des signes cardinaux de la phlogose : « Je ne vois pas là, objecterez-vous, de suppuration ? » au dehors; non ! peut-être ; mais le pus est-il plus visible dans l'érythème, au premier degré de l'érysipèle ? et nierez-vous donc aussi que ce soient des accidents de nature inflammatoire ? Ce coagulum, séreux au début, plus tard opaque et condensé, ne remplit-il pas la place et le rôle de la sécrétion pyogénique, avec cette seule différence que l'épanchement s'organise et se fixe cette fois entre

les tissus, au lieu de leur échapper et de se faire rejeter par eux à l'état de matière purulente bien homogénéisée ?

Oui, il y a inflammation adhésive, mais à des degrés très-variables. Selon l'idiosyncrasie, le tempérament, la gravité de la lésion et mille circonstances que nous n'avons pas à examiner quant à présent, les plaies s'en accommodent diversement. Une très-petite quantité peut leur suffire, et c'est alors qu'on s'est cru fondé à la nier, sous prétexte que ses signes locaux manquaient de relief, et aussi parce que, dans ses nuances modérées, elle ne détermine pas de retentissement sensible dans l'économie.

L'inflammation adhésive peut pêcher : par insuffisance ou par excès. Dans le premier cas, tout ce qui ajoutera à l'excitation de la plaie, convient, bien entendu, dans de justes limites ; l'irritation mécanique des appareils renouvelés trouve ici une indication naturelle. Dans le second cas, non-seulement la consolidation s'arrête, mais il y a fonte de la cicatrice commencée. Cette coïncidence a pu paraître à M. Lafosse une raison plausible de conclure à l'incompatibilité de la phlogose avec l'adhésion. Le point faible de l'induction est trop évident pour que je m'y arrête davantage. Ce qu'il importe de constater, c'est la nécessité pour le chirurgien de maintenir l'inflammation dans la mesure convenable ; et il disposera, à cette fin, d'un excellent modérateur dans l'intervalle à assigner aux pansements.

### III. *Suppuration.*

La sécrétion purulente proprement dite n'est pas, nous l'avons vu, une des phases obligées de la réunion immédiate. Il y donc, quand on poursuit cette consolidation, intérêt à se tenir en garde contre toutes causes provocatrices de suppuration.

Ces causes, en tant qu'externes, résultent principalement : 1° de l'action de l'air ; 2° des frottements qu'entraîne une levée d'appareil ; 3° de la substitution de pièces nouvelles à celles au contact desquelles la partie était habituée.

Autre chose est de la consolidation secondaire à laquelle le travail pyogénique prend forcément une grande part ; quelques corollaires découlent de cette considération.

« Le pus engendre le pus, » dit un adage vulgaire ; et il est tellement vrai qu'une plaie large doit suppurer pour s'oblitérer, que si, par suite de prédisposition générale contraire ou de soins mal combinés le pus vient à cesser, la surface revêt une mauvaise apparence, tantôt sèche, tantôt pultacée ; ses bords saignent ; les points déjà cicatrisés se mortifient, et la perte de substance

grandit au lieu de se rétrécir. Il convient donc de régler la suppuration, loin de se préoccuper du soin de la faire disparaître.

Mais s'il est indispensable que de nouvelles quantités de pus se reproduisent pour subvenir au développement successif des bourgeons charnus, il n'est pas moins urgent que l'attention du chirurgien se prémunisse contre les dangers d'une suppuration surabondante. Ainsi, qu'après des stimulations intempestives dans le choix et le renouvellement de topiques, ou bien pour toute autre cause, la sécrétion vienne à prédominer, les bourgeons qu'elle obstrue et qu'elle entretient dans une sorte de macération continuelle ne se contractent pas ; ils se montrent turgides et diffluents. Le trop plein qui déborde la plaie enflamme, irrite, ulcère son pourtour et l'agrandit, en détruisant ses irradiations vasculaires dans la trame cicatricielle.

### IV. *Influence des agents extérieurs et principalement de l'air.*

Aux mouvements inévitables dans tout déplacement d'appareil, il faut ajouter, comme causes d'irritation des plaies qui se réparent : l'impression des liquides, ordinairement l'eau, qu'on emploie pour absterger, et les frottements de l'éponge ou du corps poreux appliqué à l'étanchement du pus; mentionnons encore les tractions souvent nécessaires pour détacher des substances adhérentes ; et, par-dessus tout, l'action de l'air contre laquelle le pansement protégeait la cicatrisation, action que des conditions diverses, température, électricité, humidité, miasmes, mélange de particules solides, etc., peuvent modifier à l'infini.

La manière dont procède la nature, lorsque, dans la plupart des plaies qui suppurent, nous la voyons travailler à la guérison sous des concrétions protectrices communément appelées *croûtes*, semble mesurer l'importance qu'elle attache à soustraire son œuvre aux influences que je viens d'énumérer. Plusieurs pathologistes, M. Sédillot, entre autres, ont signalé la rapidité avec laquelle s'effectuait la cicatrisation des plaies, après la chute des escharres qui les avaient produites, puis recouvertes pendant un certain laps de temps. Il y a là évidemment un sérieux enseignement en faveur des pansements rares.

L'action de l'air a vivement préoccupé les auteurs, surtout depuis Magati, et en dépit de l'opposition de Sennert. Tous, à peu près, le considèrent comme cause énergique d'inflammation, mais sans préciser exactement de quelle façon il intervient. Les modernes ont apporté d'ingénieux aperçus et d'intéressantes

observations dans ce débat. Larrey a fait connaître les remarquables succès de sa pratique sous la température haute et constante du beau ciel de l'Egypte. M. Guyot a préconisé un appareil destiné à maintenir autour des plaies une atmosphère chaude et égale, facile à élever ou à abaisser, selon les indications et les dispositions idiosyncrasiques ou incidentes.

*A priori* on peut déduire déjà de ce qui précède que le contact intermittent de l'air nuit aux surfaces dénudées par l'inégalité de température qu'il leur communique; les réactions chimiques qui s'accomplissent entre lui et la sécrétion purulente, quoique mal définies encore et très-controversées, n'en sont pas moins curieuses à enregistrer. D'après M. Darcet, l'air sépare le pus en deux parties : l'une grumeleuse, formée de globules agglomérées, l'autre bientôt sanieuse et infecte. Appliquant ce résultat à la doctrine de la pyoémie, il en tire une double conséquence : 1° Les grumeaux, trop volumineux pour traverser les capillaires, agissent comme corps étrangers, à l'instar du mercure injecté dans les expériences de M. Cruveilhier; ils deviennent centres des abcès multiples. 2° La sanie putride détermine plus spécialement les symptômes d'adynamie et de décomposition. M. Conté regarde le contact de l'air joint à une certaine température, comme l'agent le plus actif de l'altération du pus. Cette altération serait suivie, au dire de M. Bonnet, de dégagement et d'absorption de gaz hydrogène sulfuré; il y aurait production d'acide prussique, d'après MM. Dumas et Persoz.

Chose certaine, c'est que des collections de plus d'un litre persistent quelquefois plusieurs mois, sans s'altérer, dans les cavités closes des abcès ou des articulations dégénérées, tandis que le pus, sécrété même en petite quantité à la surface des plaies fistuleuses, ne tarde pas, si on le laisse y séjourner, à contracter de mauvais caractères. On connaît les effets du *croupissement du pus* et ses connexions avec cette terrible complication d'un grand nombre de lésions chirurgicales, *l'infection purulente*.

Ajoutons, pour clore ces remarques, que l'influence de l'air est subordonnée essentiellement aux qualités comme aux viciations locales qu'il peut acquérir. Ainsi l'humidité, la ventilation, l'orientation différentes des divers corps de logis d'un même hôpital, expliquent les résultats identiques obtenus par des traitements opposés, et les infidélités apparentes qui déconsidèrent de prime abord les méthodes les plus rationnelles.

### V. *Causes internes.*

L'état général d'un individu blessé ou atteint d'une plaie, la

pléthore, la faiblesse, l'irritabilité, l'exaltation, la prostration morale, etc., doivent être pris en grande considération dans la conduite des pansements.

L'excès de sang aggravera d'autant mieux la période inflammatoire des phénomènes réparateurs qu'on y adjoindra la stimulation inséparable d'un renouvellement d'appareil. Chez les personnes débiles, le maniement des plaies est toujours une occasion de fatigues et souvent la cause unique des mouvements fébriles consécutifs.

Si la lésion est grave, la vue d'une grande perte de substance, d'une partie mutilée pourrait impressionner fatalement le malade, et j'ai vu en Afrique, en 1840, un exemple bien funeste de cette influence chez un officier amputé du poignet. Il allait parfaitement bien et son moignon s'était presqu'entièrement cicatrisé sous le premier appareil, quand un mouvement inconsidéré de curiosité le porta à demander qu'on le dépansât. L'aspect inattendu d'une mutilation dont il ne s'était pas fait une juste idée le frappa tellement qu'il eut une syncope. Le soir, la fièvre s'alluma, et, quelques jours après, il mourait dans le délire.

La débilité des malades ne commande pas, toutefois, aussi absolument qu'on pourrait le supposer, la rareté des pansements. La règle est passible d'exception, et il y a lieu d'agir en sens inverse si une fébricitation continue laisse craindre un commencement de résorption. M. Baudens, à propos d'une désarticulation de la hanche qu'il a eu le bonheur de mener à bonne fin, formule ainsi cette indication : « Je ne triomphai des accidents qui sur-« vinrent que plus tard sous l'influence des pansements renou-« velés chaque jour ; il est démontré, pour moi, que si les pan-« sements rares sont fort avantageux chez des hommes jeunes « et vigoureux, il n'en est plus de même quand on a affaire à « des malades épuisés, et dont les plaies suppurent abondamment; « alors l'absorption est très-active, et le pus qu'elle apporte aux « fluides, pour en réparer les pertes, est une source d'infection « souvent fatale.

De toutes les causes internes qui réclament des pansements fréquents, la plus impérieuse, sans contredit, est la pyoémie. Nulle, en effet, plus qu'elle, n'agit sur la marche de la cicatrisation, dont elle dénature ou paralyse complétement les phénomènes. Aussitôt son apparition, on voit la surface des plaies devenir sèche, blafarde ou violacée; un détritus pultacé remplace quelquefois la suppuration, ou bien c'est un liquide ichoreux qui suinte lentement à sa place. Tous les moyens d'excitation externes, air, frottements, topiques divers, peuvent alors con-

tribuer au rappel d'une sécrétivité normale malheureusement suspendue ou détournée, et révulser fructueusement, de dedans au dehors, l'inflammation qui menace les gros viscères ; cela est si vrai qu'on a conseillé, pour pousser aussi loin que possible la stimulation de ces pansements locaux, l'emploi des acides, des vésicatoires et jusqu'au fer rouge lui-même.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

## OPHTHALMOLOGIE.

### 19. *De l'oblitération du sac lacrymal comme moyen de guérison de la fistule lacrymale*; par le professeur Stoeber.

(Gazette médicale de Bordeaux, N° 4.)

Par le terme de *fistule lacrymale* on désigne le plus souvent des détails morbides divers, qu'on suppose avoir pour symptôme commun et caractéristique l'interception du passage des larmes par le sac lacrymal et le canal nasal.

Extérieurement on observe tantôt un simple larmoiement, tantôt une fistule du sac lacrymal, tantôt une tumeur de ce sac qui, étant comprimée, fait refluer dans le nez ou par les points lacrymaux à la surface conjonctivale, du mucus limpide ou purulent.

Le larmoiement accompagne la tumeur et la fistule ; il est quelquefois continu, d'autres fois il n'a lieu que lorsque l'œil est exposé au froid, au vent, à des influences irritantes, etc. Il est généralement attribué à l'interception du cours des larmes par les voies lacrymales, interception due tantôt à l'obstruction du canal nasal par des mucosités, des calculs, le boursoufflement de la muqueuse, tantôt à la compression du canal par une tumeur voisine, tantôt à son oblitération par adhérence des parois entre elles.

Le larmoiement étant souvent la seule incommodité qu'accuse le malade, et les inflammations répétées du sac, son ulcération, la fistule du sac lacrymal enfin, qu'on observe dans d'autres cas, étant attribuées à la rétention des larmes dans le sac lacrymal, on a dû poser comme première indication : *rétablir la voie naturelle des larmes, et si cela n'est pas possible, en créer une artificielle.* Indication que des moyens mécaniques nombreux sont destinés à remplir.

Telle est la doctrine généralement admise.

Il n'entre pas dans mon plan d'écrire sur la fistule lacrymale en général, ni, par conséquent, d'examiner si cette doctrine est suffisamment établie par des recherches physiologiques et anatomico-pathologiques.

Je serai cependant conduit, en combattant la pratique recommandée dans certains cas, à faire quelques objections aux opinions les plus répandues.

Le but de ce travail étant d'attribuer l'attention sur un traitement trop peu connu et trop négligé, je prends pour point de départ les indications telles qu'elles ont été posées.

Lorsqu'on a traité sans succès la fistule lacrymale par les moyens médicamenteux et par les procédés dilateurs en usage ; lorsque, par conséquent, le larmoiement continuel avec sécrétion purulente du sac ou les inflammations répétées du sac lacrymal persistent, on a proposé d'ouvrir une nouvelle voie aux larmes, en perforant l'os unguis (Woolhouse, etc), pour leur permettre de s'écouler directement du sac dans le nez ; ou de leur ouvrir une voie dans le sinus maxillaire (Laugier), ou enfin de détruire le sac lacrymal (Nannoni).

Les opérations qui créent une voie artificielle aux larmes réussissent rarement. Les ouvertures ainsi faites ont une grande tendance à se refermer, et lorsqu'on y laisse des canules à demeure, celles-ci irritent les parties déjà malades et sont rarement supportées à la longue. D'ailleurs ces opérations ne me paraissent pas toujours rationnelles.

En effet, la fistule lacrymale est due le plus souvent à une inflammation du sac lacrymal et du canal nasal, tantôt des deux simultanément, tantôt de l'un ou de l'autre.

Lorsque le canal nasal est seul affecté, le sac lacrymal se distend peu ou lentement, et lorsqu'on l'exprime, il n'en sort, à travers les points lacrymaux, qu'un mucus transparent. Dans ces cas la conjonctive est peu irritée ou ne l'est point et le larmoiement est peu considérable.

Lorsqu'au contraire le sac lacrymal est enflammé chroniquement, il sécrète du pus qu'on peut exprimer par des points lacrymaux ou par l'ouverture fistuleuse qui existe souvent. L'irritation se propage à la conjonctive, si toutefois elle n'y a pas pris naissance ; la glande lacrymale est irritée également, et le larmoiement est alors considérable.

On conçoit que le sac lacrymal étant normal et l'oblitération existant dans le canal, on puisse songer à créer une issue artificielle aux larmes, pour débarrasser le malade de son larmoiement, seule incommodité qu'il éprouve.

Mais lorsque le sac lacrymal est malade, l'indication n'est pas aussi simple. En proposant la même opération pour ce dernier cas, on a supposé que la rétention des larmes dans le sac occasionnait ou entretenait l'inflammation chronique de celui-ci et qu'on guérirait cette dernière en obviant à la stase des larmes.

Sans vouloir établir l'innocuité de cette stase, je ferai cependant remarquer qu'on voit des personnes dont le canal nasal est obstrué pendant des mois et même des années, et qui peuvent, en comprimant le sac, faire refluer par les points lacrymaux du mucus limpide, sans que leur sac lacrymal s'enflamme (1). Et, d'un autre côté, on a vu maintes fois les opérations pratiquées pour créer une voie artificielle aux larmes ne pas enlever l'inflammation chronique du sac, ni le larmoiement. C'est que le larmoiement ne dépend pas seulement de l'impossibilité qui existe pour les larmes de s'écouler dans le nez, mais aussi, et principalement, de ce que l'inflammation du sac se communique à la conjonctive et de là irrite la glande lacrymale, dont la sécrétion est augmentée.

J'appui cette proposition sur les faits physiologiques et sur l'observation de ce qui a lieu après la destruction complète du sac.

Dans l'état normal on suppose que les larmes, après avoir baigné la conjonctive, s'écoulent dans le nez en passant par le sac lacrymal et le canal nasal. Cet écoulement doit cependant être bien peu abondant, car la plupart des personnes ne se mouchent point habituellement ou ne se mouchent qu'à de longs intervalles, et rejettent alors par les narines des mucosités plus ou moins épaisses et non des larmes. Cela tient sans doute à ce que la sécrétion des larmes est très-restreinte dans l'état normal et que le liquide lacrymal sécrété s'évapore en majeure partie à la surface de l'œil ou est absorbé par la conjonctive (2).

Ce fait paraît démontré en outre par l'observation de ce qui arrive à la suite de la destruction du sac lacrymal. En effet, d'après la théorie généralement admise l'occlusion complète du sac devrait donner lieu à un larmoiement continuel. Il n'en est

(1) Depuis la rédaction de ce travail j'ai encore vu un jeune homme qui depuis six ans exprime tous les jours deux ou trois fois de son sac lacrymal des mucosités limpides, et qui n'a d'autre incommodité qu'un peu de larmoiement lorsqu'il s'expose à l'air très-froid ou à un vent fort.

(2) L'évaporation et l'absorption des larmes doivent se faire plus complétement encore lorsque ce liquide séjourne plus longtemps à l'angle interne de l'œil, par suite de l'occlusion des voies lacrymales.

rien cependant. Dans tous les cas où l'on a détruit le sac lacrymal, le larmoiement qui a existé jusque là a cessé, excepté dans les circonstances où l'œil est irrité, soit par son exposition au froid, ou au vent, ou au contact de corps étrangers, soit par l'inflammation d'une de ses tuniques, et dans les cas où des affections de l'âme augmentent la sécrétion lacrymale en déterminant des pleurs.

La cessation du larmoiement après la destruction du sac lacrymal s'explique si l'on admet que dans l'état normal la sécrétion des larmes n'est pas assez abondante pour donner lieu à un écoulement permanent par le sac lacrymal et le canal nasal, et que, dans les cas de fistule lacrymale, il y a larmoiement parce que l'irritation du sac se communique à la conjonctive et à la glande lacrymale et augmente la sécrétion de cette dernière. Dans cette hypothèse, le larmoiement continuel doit cesser dès que l'irritation du sac est enlevée, que ce sac soit guéri ou détruit.

Je ne sais si ces considérations ont déterminé ceux qui ont proposé et exécuté l'opération dont je vais vous entretenir. Elles étaient peut-être présentes à leur esprit, mais ils ne les ont pas consignées dans leurs ouvrages.

Celse, le plus ancien des auteurs qui parlent de la fistule lacrymale, décrit sous le nom d'*ægilops* tous les ulcères situés près du grand angle de l'œil. Il parle évidemment de la fistule du sac lacrymal lorsqu'il dit que souvent l'os est carié et qu'alors l'ulcère peut communiquer avec le nez. Celse conseille, dans les cas d'ægilops, de fendre le canal fistuleux jusqu'à l'os et de cautériser toute l'étendue avec un fer rouge ou avec des substances caustiques. Il devait en résulter, sinon toujours, du moins le plus souvent, une destruction du sac et son oblitération complète.

Cette méthode thérapeutique qui, sans doute, fut celle des contemporains de Celse, se continua chez les Arabes et leurs successeurs immédiats. Mais déjà alors elle fut restreinte dans son application par l'invention d'autres procédés qui avaient pour but de rétablir le cours des larmes, soit en dégageant les voies naturelles, soit en créant d'artificielles. Ces nouveaux procédés finirent par être généralement admis, et l'ancienne pratique paraissait oubliée lorsque, vers le milieu du dix-huitième siècle, Nannoni proposa, pour la cure des fistules lacrymales, la destruction du sac lacrymal. L'auteur italien prétend que ce procédé est seul capable de guérir les fistules lacrymales dues à des dégénérescences fongueuses ou sarcomateuses du sac la-

crymal ou du canal nasal, les autres procédés donnant toujours lieu à des récidives.

La pratique recommandée par Nannoni a été mise en usage, quoique rarement, par Delpech, Volpi, Biangini, MM. Caffort, Velpeau, Desmarres, etc.; mais le nombre des cas publiés est très-restreint; c'est ce qui m'a engagé à publier le fait suivant :

M^lle K., de Kientzheim (Haut-Rhin), âgée de quarante-deux ans, d'une irritabilité nerveuse très-grande, affectée d'une bronchite chronique peu intense, me consulta, en 1844, pour une tumeur lacrymale qu'elle portait à droite et qui datait de trois mois. Le passage des larmes ne paraît pas complétement intercepté, la narine n'est pas sèche, et la malade vide trois fois par jour la tumeur par la pression, en faisant ainsi passer dans le nez le contenu du sac lacrymal.

Un traitement interne et externe, prescrit par le médecin de la malade, paraissant avoir déjà produit quelque amélioration, je conseille de le continuer, réservant une opération pour le cas où les autres médications resteraient sans effet.

Je ne revis la malade qu'en novembre 1849. Son état avait bien changé. Depuis plus d'un an des inflammations répétées du sac lacrymal avaient beaucoup tourmenté M^lle K. L'inflammation était très-douloureuse, se terminait par suppuration, puis le pus s'écoulait au dehors; la fistule restait ouverte pendant quelques jours, au moyen de l'introduction d'une corde à boyaux, puis se fermait. Au bout de peu de jours une nouvelle inflammation se déclarait et suivait la même marche que la précédente. Aussi depuis longtemps la malade ne pouvait-elle plus rester sans bandeau, et son état lui paraissait intolérable. Elle était décidée à subir une opération pour être débarrassée d'un mal aussi pénible. Déjà, me dit-elle, on avait cherché, mais sans succès, à sonder le canal par la fistule du sac et par la narine. Cette dernière tentative avait été si douloureuse que la malade ne voulut point s'y soumettre de nouveau.

Une ouverture fistuleuse existait dans ce moment au sac lacrymal. J'explorai avec un stylet l'intérieur de cette cavité, et, malgré des tentatives réitérées, je ne parvins pas à trouver l'ouverture du canal. L'os lacrymal n'était pas à nu, cependant il paraissait recouvert du périoste seulement, à en juger par la sensation que transmettait le stylet métallique.

Ne croyant pas à la possibilité de rétablir la voie naturelle des larmes, et ayant peu de confiance dans l'efficacité d'une voie artificielle, je me décide à cautériser le sac pour en obtenir l'oblitération.

A cet effet j'incise le sac, j'étanche les mucosités purulentes avec un bourdonnet de charpie, puis je cautérise tout l'intérieur de la cavité avec un crayon de nitrate d'argent. Celui-ci se casse pendant cette manœuvre ; je cherche à extraire, au moyen d'une pince, le fragment de 3 à 4 millimètres de nitrate d'argent qui s'était détaché ; mais déjà il était réduit en bouillie, que j'étanche avec de la charpie. Craignant une inflammation trop vive, je fais appliquer des cataplasmes pendant deux jours, puis je panse avec du digestif.

Pendant les quinze premiers jours la plaie ne fournit que du pus, mais au bout de ce temps il s'écoula de nouveau du pus mêlé de mucosités et de larmes. L'opération avait échoué ; le sac n'était pas détruit.

Je réitère alors la cautérisation au moyen du nitrate d'argent, mais sans plus de succès.

Le caustique dont je m'étais servi me parut insuffisant. Je le remplaçai par la potasse caustique.

Les deux cautérisations avaient été très-douloureuses ; la dernière devait l'être davantage. J'eus donc recours au chloroforme.

La malade étant complétement anesthésiée, j'incisai largement le sac, j'écartai les lèvres de la plaie avec des pinces et je promenai dans l'intérieur du sac un crayon de potasse caustique, qui y perdit à peu près le tiers de son épaisseur. Les pinces n'empêchèrent point les lèvres de la plaie de noircir.

Les jours suivants, l'escarre s'étendit et se rapprocha de l'angle interne de l'œil, au point qu'un instant j'eus des appréhensions pour le tendon du muscle orbiculaire des paupières.

Les fomentations froides faites le premier jour furent remplacées par l'onguent styrax.

Peu à peu les escarres se détachèrent, et l'on put s'assurer que le sac lacrymal devait être détruit, car la plaie avait 15 à 20 millimètres de profondeur et un centimètre de largeur.

Des granulations couvrirent le fond de la plaie. La malade, impatiente de retourner chez elle, quitta Strasbourg le 12 février 1850. L'ulcère alors était très-rétréci et avait un bon aspect. De crainte que l'ouverture extérieure ne se formât avant que le fond ne fût rempli, je fis continuer l'introduction d'une mèche de charpie, maintenant enduite de cérat.

Deux mois après, la malade revient me voir. La cicatrisation est complète, sans difformité, et M^lle K. est heureuse de sa guérison. Elle affirme ne plus avoir de larmoiement, excepté lorsqu'elle expose ses yeux à un vent fort.

Le résultat de cette observation confirme ce que des faits antérieurs ont déjà démontré, à savoir que la destruction du sac lacrymal n'était pas suivie d'un larmoiement continu, mais que celui-ci n'existait que dans les circonstances exceptionnelles qui augmentent la sécrétion lacrymale ; d'où j'ai tiré la conclusion que dans l'état habituel les larmes s'évaporent sur la surface de l'œil ou y sont absorbées et ne passent par le sac lacrymal qu'en très-petite quantité. C'est aux physiologistes à confirmer ou à infirmer cette conclusion par des expériences directes.

Mais quelle que soit l'explication du fait, l'absence de larmoiement à la suite de l'oblitération du sac lacrymal doit nous engager à provoquer cette dernière dans un certain nombre de cas de fistule lacrymale.

L'opération qui amène ce résultat est indiquée toutes les fois qu'une inflammation chronique du sac lacrymal entretient un larmoiement continuel ou que des inflammations pglegmoneuses du sac se répètent fréquemment et que ces accidents ont résisté aux moyens rationnels employés pour les combattre.

L'opération en elle-même n'est pas d'une exécution difficile. Elle a cependant échoué un certain nombre de fois, et souvent on a été obligé de recommencer. Cela peut tenir à ce que la cautérisation n'a pas atteint toute l'étendue du sac ; mais le plus souvent l'insuccès dépend de la nature caustique employé. Ceux-ci agissent avec plus ou moins d'intensité sur la muqueuse; les uns ne l'entament que superficiellement, les autres la détruisent dans toute son épaisseur. Dans le premier cas, un nouvel épithélium peut se former et l'adhérence des parois du sac ne se fait pas. Mais lorsque la muqueuse est complétement réduite en escarre, la chute de celle-ci est suivie du développement de bourgeons charnus et d'une oblitération absolue de la cavité.

Le nitrate d'argent ne paraît pas avoir une action caustique assez intense. Il a échoué entre les mains de M. Velpeau, et l'on a vu que j'ai dû y renoncer également après deux tentatives. M. Caffort a été plus heureux ; il dépose un fragment de nitrate d'argent dans l'intérieur du sac, à l'entrée du canal nasal, et cautérise le reste de la cavité avec le crayon. Il répète cette opération trois ou quatre fois en douze jours.

Le beurre d'antimoine, recommandé par Rosas, n'a certainement pas une action plus forte que le nitrate d'argent et ne lui sera point préféré.

Parmi les caustiques plus énergiques on a employé le fer rouge et la pâte de Vienne. Je me suis servi de la potasse caustique.

Le cautère actuel porté si près de l'œil n'est peut-être pas inconvénient; il a certainement celui de beaucoup effrayer les malades.

La pâte de Vienne a été employée avec succès par M. Desmarres, qui en a placé une certaine quantité dans le sac, d'où il l'a retirée au bout de quelques instants.

J'ai choisi la potasse caustique, parce que je désirais une cautérisation prompte et profonde. Je n'ai pas eu lieu de m'en repentir. Mais lorsqu'on se servira de ce moyen, il faudra ne laisser saillir hors du porte-caustique qu'une portion peu considérable de la pierre à cautère, promener ce crayon une seule fois sur toute l'étendue de la muqueuse du sac, en appuyant un peu plus sur la partie inférieure qui correspond à l'entrée du canal nasal. On fera bien aussi, pour garantir la peau, d'introduire préalablement dans la plaie une canule peu profonde et assez large, ou un petit spéculum, pour permettre de porter librement la potasse sur toute l'étendue de la face interne du sac. Moyennant ces précautions je ne crois pas qu'il y ait de l'inconvénient à se servir de ce caustique.

## VII. Phrénologie, Maladies mentales.

### MALADIES MENTALES.

20. *Des lésions de la sensibilité chez les aliénés; — considérations thérapeutiques; — observations*; par M. le docteur Morel, médecin en chef, à Maréville (Meurthe),

*Suite* et *fin* : voir t. V, mai 1851, p. 177.

(L'Union médicale, N° 59 ; 20 mai 1851.)

Qu'il me soit permis encore, pour confirmer ces idées, de résumer une dernière observation. J'ai hâte d'arriver aux conclusions thérapeutiques, et le fait que j'ai à citer me servira de point de transition.

Obs. IX.—Au mois de novembre 1850, il nous est amené un malade âgé de 35 ans, et qui paraît en proie à la mélancolie la plus profonde et aux terreurs les plus vives. Son tempérament est nerveux, sa maigreur est extrême ; il est âgé de 35 à 36 ans.

Il ne répond pas à nos questions; soumis à un tremblement général, il se croit destiné à être empoisonné et damné ; sa physionomie effarée est l'expression de tous les sentiments pénibles qui bouleversent son existence ; incapable de rendre compte de sa situation, nous recueillons les renseignements qui suivent :

Après cinq années d'un mariage heureux, d'une existence qu'aucun malheur n'est venu ternir, cet individu, doué du reste d'une intelligence ordinaire, mais ayant des aptitudes spéciales comme comptable dans une maison de banque, se livre à des pratiques religieuses avec une activité qu'il n'avait pas montrée jusque là. Il consacre à cette vie nouvelle d'abord ses moments libres, et puis ensuite il néglige ses intérêts les plus précieux. Dans les sermons qu'il entend, il s'empare de toutes les idées qui peuvent favoriser ses terreurs religieuses. Il ne voit dans les attributs de la Divinité que la puissance qui punit et non la miséricorde qui console. L'enfer, la damnation l'occupent exclusivement; il doit tout sacrifier à son salut. « Sauve qui peut, » s'écrie-t-il souvent. Il parviendra à ses fins, dût-il faire comme Abraham et immoler une victime précieuse ; son choix est fait et ses enfants lui serviront d'appoint pour son salut. Poursuivi par ses idées d'infanticide, il se réveille parfois comme délivré d'un affreux cauchemar, se sauve de son logis, implore le ciel et la terre, cherche dans tout ce qui l'environne un point d'appui, reprend son travail, le quitte, consulte les médecins de l'âme et du corps, ne trouve que des consolations éphémères, des soulagements d'un jour, et retombe dans ses cruelles perplexités. Les nuits sans sommeil, les craintes incessantes, les régimes les plus divers, qu'une tendance hypochondriaque primitive lui fait adopter, ont bientôt fini par miner sa constitution, et l'état dans lequel il nous est amené nous révèle la plénitude de ses souffrances.

Il faut le faire manger de force ; il n'a pas aucune initiative. Tout ce qui lui reste d'énergie est employé en résistance contre les volontés qui cherchent à le subjuguer. Lorsqu'après six semaines de soins assidus, nous commençons à perdre tout espoir, il se passe un phénomène physiologique qui imprime à son organisation une modification salutaire. Une crise s'opère sous l'influence d'une éruption pustuleuse occupant la région des reins. Le spasme cesse, l'individu mange, il répond à nos questions. Il semble renaître à une vie nouvelle, demande des occupations, écrit à sa famille des lettres raisonnables et affectueuses ; les forces reviennent et notre espoir augmente. Cette période de mieux-être dure à peu près vingt-cinq jours; mais avec le retour progressif des forces, il se passe un phénomène nouveau ;

l'activité musculaire dépasse de beaucoup l'activité intellectuelle ; le malade marche incessamment, gesticule et parle seul ; quand on l'observe, il se tait et cherche à donner le change en détournant la conversation. Sa gaîté n'est pas naturelle, elle est exagérée ; des éclats de rire stridents alternent soudainement avec une concentration profonde. Cet homme, qui ne pensait qu'à son salut, ne rêve plus que plaisirs, voyages, bons dîners ; c'est une phase intellectuelle qui n'est qu'une transition. Car tout en parlant de plaisirs, il ajoute : *Le salut avant tout, et, ma foi, sauve qui peut....* Ce peu de mots suffit pour réveiller toutes nos craintes, et celles-ci remplacent toutes nos espérances dans la circonstance que je vais citer. Invité à dîner en ville, le malade mange avec une voracité sans exemple ; excité par la bonne chère, il perd le pouvoir de cacher ses véritables sentiments, il se pose devant nous avec toute la réalité de son délire. *Aussi vrai que Dieu est Dieu*, dit-il, il est son prophète et bien plus encore, il est l'égal de Dieu et existait quatre mille ans avant la création ; c'est lui qui a tout engendré, tout créé ; il est le commencement et la fin ; *hosanna in excelsis, je ne connais que cela*, dit-il. Rappelé au souvenir de ses affections de famille, il les rejette bien loin ; qu'est-ce que cela contre le salut et l'éternité ; l'on en verra bien d'autres. Il doit mourir le 15 mai pour renaître glorieux et immortel. Et le grand sacrifice s'accomplira.

Nous avions plus de preuves qu'il ne nous en fallait pour voir que nous avions affaire au plus dangereux des maniaques religieux. L'exaltation a fait place à la dépression. Il est heureux, content au-delà de toute expression, et le malade, observé à ce moment, n'aurait pas pu servir de preuve à la thèse que nous soutenons. Il eût été certes difficile de relier son état présent à son état passé. Celui-ci s'était développé pathologiquement sous l'influence de l'élément douloureux et de toutes les sensations pénibles que la mélancolie entraîne à sa suite. Son état actuel ne nous montrait au contraire que l'expression des joies les plus vives et des plus ineffables contentements.

A dater de cette époque, le pronostic se présentait à nous sous les couleurs les plus tristes ; nous essayons cependant tous les moyens de la thérapeutique mentale. Nous provoquons l'arrivée de la femme du malade, de sa belle-sœur et de son beau-père. Nous opérons une réunion soudaine sans le prévoir ; efforts inutiles. Le malade en est arrivé à une période de systématisation de ses idées délirantes telle, que son individualité antérieure s'efface ; que ce père, cet époux affectionné ne voit plus dans sa femme et ses enfants que les victimes d'une idée à laquelle il

sacrifierait l'univers entier. Il ne témoigne en effet; à la vue de sa famille, ni contentement, ni surprise. Le jour approche, dit-il, c'est le 15 mai que tout doit s'accomplir. Alors tant pis, le salut *avant tout et sauve qui peut*; il demande à s'en retourner avec sa femme, car le sacrifice doit être précédé d'un grand repas où viendront les principaux évêques de France. Sa femme, justement effrayée, ne peut s'arrêter à l'idée de faire sortir son mari, car tout dans l'expression de sa figure dénote les projets les plus sinistres; il roule des yeux menaçants, sa voix prend les intonations les plus étranges, et des éclats de ce rire strident que j'ai déjà signalé, viennent compléter le triste exposé de l'état mental de cet aliéné.

Après le départ de sa famille, je ne cherche plus à faire agir sur ce malade les éléments de la logique en combattant ses idées par le raisonnement. J'essaie de le rappeler à la vie réelle en lui administrant quelques douches. Mais je comptais sans l'exaltation de ses idées religieuses; il est enchanté, satisfait, rien ne lui fait autant de plaisir; qu'importe qu'il souffre dans le présent, si le jour du grand sacrifice doit arriver. D'ailleurs, les phénomènes de la sensibilité vont en s'affaiblissant, et il perd tellement le sentiment de son individualité antérieure, comme je l'ai déjà dit, qu'il devient malpropre et gâteux; que placé autant par punition encore que par nécessité avec les gâteux, il est enchanté; il embrasse les imbéciles et les idiots les plus dégoûtants; ce sont ses frères, ses meilleurs amis, des êtres privilégiés de Dieu; il semble se complaire à les surpasser en saleté, et on le trouve buvant des eaux croupissantes et mangeant les détritus les plus dégoûtants.

Nous sommes arrivés dans ce moment à l'apogée des lésions intellectuelles qui, dans une sphère donnée, peuvent arriver chez un aliéné. Ne perdons pas de vue que l'état physiologique, dans des circonstances pareilles, subit les influences fatales de la situation mentale; que l'individu, arrivé à ce paroxysme, est triplement malade au point de vue de son intelligence lésée, de ses sentiments pervertis, de ses fonctions physiologiques interverties. Or, qu'allons-nous observer? Une terminaison fatale qui n'a plus rien qui nous étonne. Le 20 avril, une diarrhée des plus intenses s'empare de notre malade; il conserve sa voracité; mais ses traits changent et s'altèrent; sa figure prend une teinte terreuse, ses yeux s'enfoncent dans leur orbite; il exhale une odeur repoussante. Son pouls est plus précipité, son exaltation fait place à une prostration sensible. Justement alarmés, nous l'isolons à l'infirmerie; nous combattons par tous les moyens en

notre pouvoir l'ensemble des phénomènes morbides ; vains efforts, l'affection marche avec une effrayante rapidité, et au bout de huit jours le malade succombe avec des symptômes typhoïdes si intenses, qu'il ne manquait pour ainsi dire aux phénomènes morbides que les pétéchies et les bubons pour nous rappeler le typhus tel qu'il a sévi dans les épidémies du XVI^e siècle, et tel qu'on le voit sévir encore dans quelques épidémies de nos jours.

*Conclusions.*

§. — Des études que nous avons faites sur les lésions de la sensibilité chez les aliénés, nous pouvons tirer les conclusions suivantes, tant au point de vue de la physiologie que de la thérapeutique des aliénés.

§. — Il existe en général, au début des aliénations, une exaltation morbide de la sensibilité.

La dépression et l'exaltation de la volonté sont en rapport avec l'exaltation de la dépression de la sensibilité.

§.—Sous l'influence de l'exaltation de la volonté, on a vu des aliénés exercer envers eux-mêmes les mutilations les plus terribles sans paraître aucunement souffrir.

Cette diminution, et parfois cet anéantissement de la sensibilité, n'impliquent pas que l'on puisse impunément braver à l'égard de ces malades les prescriptions de l'hygiène.

§. — La diminution de la sensibilité générale peut arriver de plusieurs manières : 1° L'excès des souffrances continues peut enlever au système nerveux, pour un temps donné, la perception de la souffrance. — Certains aliénés, sous ce rapport, se voient placés dans la condition des malheureux qui, appliqués longtemps à la question, se sont endormis malgré les efforts du bourreau qui les torturait. — 2° Le défaut de développement intellectuel chez certains autres individus, comme les imbéciles, les idiots, peut diminuer les manifestations de la sensibilité générale. — Nous avons remarqué, chez ces individus, de même que chez des épileptiques et des déments, la rapidité avec laquelle les lésions traumatiques guérissaient. Plusieurs imbéciles et idiots semblent trouver même du plaisir à se lacérer la figure. Nous avons dû, dans une circonstance, arracher à un imbécile-maniaque deux dents incisives qui lui restaient, et à l'aide desquelles il avait presque complétement dévoré sa lèvre inférieure. —Chez un malade en démence, nous avons pratiqué l'amputation de la cuisse dans les mêmes conditions de sensibilité que si nous l'avions éthérisé.

§. — Nous ne pouvons isoler de l'étude de la pathogénie des

affections mentales, l'élément de la douleur, tant dans la sphère physique que dans la sphère morale.

Alors même qu'on admet des folies instantanées, on observe dans les cas de ce genre des états névropathiques les plus variés, se révélant dans les phénomènes physiologiques consécutifs.

§.—Plus on étudie l'invasion de la folie, son état confirmé et sa terminaison, et plus on reste convaincu que les conditions du traitement doivent reposer sur la triple appréciation des lésions de l'intelligence, des perversions de la sensibilité physique et morale, et de la perturbation des fonctions physiologiques.

§.—Et lorsqu'en se plaçant dans cet ordre de faits, on médite sur la nature du délire, ses formes, ses causes, ses relations avec les lésions physiologiques et les facultés de l'âme, et plus on reste convaincu que la *saignée*, dont on abuse d'une manière si déplorable, est un traitement fatal qui ne sert qu'à précipiter dans la démence la plupart des aliénés.

§. — Ce fait n'est pas nouveau ; il a été proclamé par les princes de la science psychiatrique ; que de maniaques qui n'ont pas perdu de sang et qui ont guéri ; combien qui ont été saignés et qui sont restés incurables, dit Pinel ; et cependant, la saignée est d'une application si générale encore parmi les médecins, que je ne puis en expliquer l'abus, si ce n'est par les conséquences de doctrines médicales qu'ont soutenues des noms illustres, ou bien encore par l'influence de préjugés anciens (1). Cet abus se comprend d'autant moins, que dans beaucoup d'autres affections, les plus simples connaissances physiologiques ne permettent pas de recourir à la saignée pour combattre le délire.

Quel médecin n'a pas observé l'irritabilité des chlorotiques et des femmes hystériques, irritabilité poussée parfois jusqu'à la manifestation de phénomènes délirants ? On délire encore sous l'influence d'une faim qui n'a pu être assouvie, on délire après des hémorrhagies considérables, et ce fait s'est vu souvent dans les accouchements difficiles. Et cependant quel médecin conseillerait la saignée d'une manière générale, et dans ces cas, et dans une foule d'autres encore qui rentrent dans la classe des névroses ? Que le lecteur veuille bien maintenant se rappeler les considé-

(1) Fodéré lui-même, dit M. le docteur Sauvet, a, comme beaucoup de médecins de l'antiquité, prescrit dans *la phrénésie* l'emploi des saignées jusqu'à la production de la défaillance.

On peut consulter, à ce sujet, un excellent article de M. Sauvet, et qui a été inséré dans les *Annales médico-psychologiques*.

rations que nous avons émises à propos de la lésion de la sensibilité chez les aliénés et il restera convaincu que la saignée ne peut, dans la plupart des cas, que précipiter la démence.

§.—Ces conséquences déplorables se comptent dans nos asiles par centaines de cas. Les aveux de malades qui ont guéri malgré les traitements irrationnels, l'observation d'une foule d'autres qui, jeunes encore, sont tombés en démence, nous ont convaincu que les saignées exagérées étaient une chose fatale.

En conclurons-nous qu'il ne faut jamais faire d'émissions sanguines? Personne ne pense que nous tombions dans cette extrémité. Il est des saignées préventives qui peuvent faire avorter un accès de manie. Il existe dans la folie confirmée des conditions pathologiques spéciales, des maladies incidentes inflammatoires, des péricardites, des pneumonies, des congestions cérébrales passives; des saignées cérébrales, et surtout des émissions sanguines locales sont indiquées alors; mais ceci est l'exception et non la règle.

Il est un fait thérapeutique qui domine l'ensemble des considérations que nous avons émises. C'est qu'une maladie ou la sensibilité générale se trouve si fortement lésée, ou les désordres intellectuels et les lésions physiologiques se révèlent d'une manière si frappante exigent des conditions d'un traitement en rapport avec ces mêmes lésions.

Nous avons posé des prémices, nous en déduirons des conséquences, et fort maintenant de la conviction que peuvent avoir nos lecteurs que l'aliénation mentale doit se rattacher au cadre nosologique, nous aurons, j'espère, plus d'une fois l'occasion d'examiner la question de cette redoutable maladie au point de vue médico-psychologique de sa pathogénie et physiologico-moral de sa thérapeutique (1).

---

21. *Recherches sur les intervalles lucides;* par le docteur Renaudin, directeur de l'asile public d'aliénés de Maréville.

(Gazette médicale de Strasbourg, Nos 3 et 4, mars et avril 1851.)

Il n'est pas de médecin aliéniste qui ne soit assez souvent consulté par l'autorité et par les familles sur l'existence des in-

(1) Je demande pardon aux lecteurs de la longueur des considérations dans lesquelles je suis entré à propos des dangers de la saignée dans les maladies mentales. Je dois avouer même ici, que mon intention a bien moins été de faire de la science que de remplir un devoir. Sur deux cents malades à peu

tervalles lucides qu'on peut observer chez tel ou tel malade à un moment donné. Cette demande de renseignements se rattache ordinairement à un acte important de la vie. La réponse peut avoir au civil comme au criminel des conséquences graves qu'il est essentiel d'apprécier. Aussi avons-nous pensé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à examiner une question dont la solution pratique n'est pas toujours sans difficultés.

Dans toute maladie aiguë ou chronique, comme dans l'état physiologique, la permanence des manifestations est une exception fort rare. La douleur a ses moments de rémission, et lors même qu'il n'y a aucune régularité dans ces alternatives, elles sont d'autant plus marquées que les diverses fonctions se sont plus écartées de leur moyenne habituelle d'action. Il y a de la périodicité dans le besoin, très-impérieux d'abord, puis d'autant moins énergique ensuite qu'on s'éloigne du moment où il devait être satisfait. Le repos suit la fatigue au physique comme au moral, et l'énergie intellectuelle la plus active ne saurait jamais être continue. L'esprit sommeille comme le corps. Les sentiments affectifs eux-mêmes subissent cette loi ; et les passions les plus vives présentent, dans leurs manifestations, des intermittences auxquelles le moindre stimulant vient mettre un terme. Ce que nous observons dans la vie normale aussi bien que dans le domaine pathologique ordinaire, se remarque également dans l'aliénation mentale. C'est en rapprochant les analogies qu'on arrive à l'appréciation des nuances que présentent les divers états de rémission.

Il est des affections dans lesquelles la douleur est suspendue sous l'influence de certaines conditions ; elle n'en est pas moins toujours imminente. Cette virtualité indique que la maladie existe et que la rémission est loin de coïncider avec un état normal même passager. Dans d'autres cas, à une stimulation déterminée correspondent constamment des phénomènes somatiques et psychiques qui n'en sont la conséquence nécessaire que dans certaines conditions pathologiques de l'idiosyncrasie. Le calme qui se présente à nos yeux en l'absence de la stimulation,

près que nous recevons à Maréville tous les ans, je puis dire, sans exagération, que les quatre cinquièmes sont menacés de démence par suite des saignées exagérées qu'ils ont subies. Tous nos soins sont dirigés vers les moyens de replacer ces malades dans les conditions antérieures de leur existence par des toniques et un bon régime. C'est le seul élément de traitement physique qui nous reste à l'égard d'aliénés dont le délire maniaque n'est souvent que le résultat de l'anémie.

est-il un indice suffisant qu'une modification salutaire s'est opérée dans cette idiosyncrasie ? Évidemment non. Pour être latente, l'affection n'existe pas moins ; il y a rémission des symptômes extrêmes, la maladie est restreinte dans de plus étroites limites, mais elle n'a pas entièrement disparu. Il est quelques circonstances où la rémission plus apparente que réelle dépend, soit d'une sorte de métastase momentanée, soit d'une transformation de la maladie dans sa marche. Quelles différences n'observons-nous pas dans les affections aiguës et chroniques, suivant les saisons et souvent même suivant les heures du jour ! Plus l'économie s'habitue au mal, moins la réaction est énergique et plus le cortége des symptômes extrêmes tend à s'effacer. Dans les maladies aiguës elles mêmes, lorsqu'elles suivent une marche progressive, cette marche nous offre très-fréquemment des temps d'arrêt pendant lesquels l'affection semble s'organiser et qu'il y aurait danger à considérer comme de véritables rémissions. L'aliénation mentale échappe d'autant moins à cette règle générale que le moral et le physique donnent lieu chacun aux mêmes observations.

Si énergiques que soient les passions, elles ont aussi parfois leur temps d'arrêt et de lassitude. La volonté la plus ferme plie quelquefois, et l'intelligence la plus active s'éclipse momentanément. Le milieu dans lequel on vit, la variété des influences dont on est entouré, tous les stimulants tant internes qu'externes ont une part très-marquée dans les modifications que subissent les manifestations de la vie psychique. Que de différences n'observons-nous pas dans les temps de calme ou d'orage ! Combien de fois l'homme ne change-t-il pas, suivant la position qu'il occupe dans le monde ! que de personnes n'entendons-nous pas lancer un cri d'indignation à la vue de ces oscillations si fréquentes qui, pour nous au contraire, sont l'indice d'une permanence d'idiosyncrasie ! Au lieu de critiquer la mobilité humaine, nous serions presque tenté de critiquer son immobilité routinière, et, loin de donner à la variabilité des opinions apparentes plus d'attention qu'elle n'en mérite, nous aurions bien plus raison de nous affliger de la permanence de passions devenues incurables. La forme change, le fond reste ; c'est ce qu'il y a de plus clair dans l'histoire des travers de l'humanité.

Combien de fois n'a-t-on pas lieu de remarquer le disparate qui existe entre les apparences et la réalité, tout en faisant abstraction de la dissimulation volontaire qui est un chapitre à part dans l'étude psychologique de l'homme? La dissimulation instinctive a une large part dans le mode de ses manifestations et

peut souvent faire prendre le change sur les dispositions morales, quand on ne se rend pas un compte exact de certaines particularités importantes de la vie psychique. Il y a dans les passions dépressives plus de permanence que dans les sentiments sympathiques. L'enthousiasme passe comme un éclair, tandis que la haine est presque toujours chronique. La spontanéité des convictions, si variables qu'elles soient dans leur succession, a bien souvent un mobile d'égoïsme qu'on dissimule autant que possible, mais qui n'échappe pas toujours à l'appréciation de l'observateur sérieux. C'est parce qu'il persévère dans l'amour de soi que l'homme change suivant l'intérêt actuel qui le détermine. Le vote le plus unanime est le résultat des opinions les plus diverses et des instincts passionnés les plus disparates. De combien de personnes n'entendons nous pas dire qu'il faut savoir les prendre, et que de fois n'a-t-on pas vu échouer la cause la plus juste parce qu'on a négligé de faire vibrer telle ou telle corde ! Ces considérations que nous voudrions étendre bien davantage, nous démontrent clairement que la manifestation extérieure est insuffisante pour nous conduire à saisir toutes les nuances d'un diagnostic rationnel. Si la permanence du fond n'a rien à souffrir de la variabilité de la forme, la permanence volontaire de celle-ci n'empêche pas que les passions fermentent avec énergie dans un sens contraire. Il en résulte même quelquefois une mobilité de besoins et d'instincts sur lesquels nous ne saurions nous en laisser imposer par le calme apparent qu'on offre à nos yeux.

Les manifestations de la folie subissent nécessairement les lois que nous venons d'indiquer ; c'est sous les mêmes réserves que nous devons les apprécier, et c'est sur des considérations analogues que nous devons baser le diagnostic des intervalles lucides.

On indique ordinairement sous ce nom l'état dans lequel se trouve l'aliéné à la suite d'une vive excitation délirante, ou quand il se réveille d'une profonde stupeur. On croit généralement qu'il y a intervalle lucide quand, les idées délirantes ne se manifestant plus, le malade se livre à d'autres préoccupations et paraît ainsi jouir de la somme de liberté morale qui lui a été départie. Cette manière d'apprécier les phases diverses du délire est, suivant nous, inexacte. Elle peut tout au plus s'appliquer au délire accidentel des maladies aiguës, mais elle ne saurait être qu'une source d'erreurs dans l'observation de l'aliénation mentale. Depuis que le régime intérieur de nos asiles a subi d'heureuses modifications, l'étude des intervalles lucides doit reposer sur

d'autres données, si l'on veut éviter les mécomptes et les erreurs. C'est ce qui nous engage à fixer un instant notre attention sur quelques points principaux de l'histoire de la folie.

Nous avons eu plus d'une fois l'occasion de démontrer combien est rare l'invasion subite de la folie. Outre une prédisposition naturelle ou acquise, on observe presque toujours une période d'incubation plus ou moins longue, qui précède l'invasion ou plutôt la manifestation extérieure d'un trouble antérieur à son apparition. Quand on fait alors un retour sur les antécédents du malade, on retrouve une foule de circonstances inaperçues dans le principe et correspondant néanmoins aux progrès latents que faisait l'aliénation mentale. Ce qui était déjà la maladie confirmée était mis sur le compte d'une bizarrerie accidentelle de caractère, et l'on croyait encore à une lucidité complète alors même qu'elle n'existait plus. Quelle que fût, du reste, la cause primitive ou occasionnelle de l'aliénation mentale, le milieu dans lequel vivait le malade contribuait à en favoriser l'influence. L'irritabilité s'est développée, le régime est devenu moins régulier, les sentiments affectifs ont cessé de diriger la volonté, les erreurs de personnalité se sont multipliées, tout est devenu un sujet de contrariété, les convictions délirantes se sont d'autant mieux organisées que des erreurs de perception plus nombreuses sont venues les justifier. Enfin le délire s'est manifesté alors par une excitation d'autant plus vive que la lésion de la sensibilité générale est devenue plus complète et qu'on a attendu plus longtemps pour combattre la marche progressive du mal. On isole le malade, on le soustrait à l'influence des causes d'irritation en le changeant de milieu ; la surexcitation diminue, le calme paraît renaître, mais cette rémission passagère cesse bientôt dès que l'influence morbide reprend son empire, ou dès que les conditions du milieu cessent d'être en rapport avec les indications à remplir. Cette marche générale de l'aliénation mentale subit, suivant le type, des modifications qu'il importe d'apprécier.

Dans l'aliénation mentale, l'élément somatique et l'élément psychique jouent chacun un rôle important. Nous n'observons jamais l'influence isolée de l'un d'eux, parce qu'une solidarité réciproque les unit ; mais suivant que l'un ou l'autre prédomine, il en résulte tel ou tel type du délire. D'un autre côté, quand les conditions de causalité existent dans le premier, c'est dans le second que nous rencontrons les causes déterminantes, et les conditions de causalité fournies par celui-ci ne conduisent à la folie qu'autant que l'autre participe au désordre. Il résulte en-

core de ce fait primordial que toute modification survenue dans la constitution influe sur la physionomie symptomatique de l'aliémentation mentale, de même que toute dérivation psychique apporte souvent dans la constitution des changements plus ou moins prononcés. De là les différences que nous remarquons encore dans les symptômes de chaque type, suivant l'époque à laquelle l'isolement a lieu et selon le mode de traitement employé avant l'application de cette mesure. Cela posé, entrons dans quelques détails sur chacune des formes de l'aliémentation mentale.

Nous trouvons dans la monomanie une surexcitation active de la sensibilité, une spontanéite très-prononcée et une réaction énergique. L'activité physique marche de pair avec l'activité intellectuelle, le sentiment de la personnalité s'exagère, le malade n'admet aucune impossibilité, et il quitte complétément le monde des réalités pour celui des chimères. Ce type est plus spécialement le délire cérébral primitif, comme l'indiquent les diverses lésions dont l'appareil encéphalique est le siége dans la démence et la paralysie générale qui en sont la suite assez fréquente.

On rencontre le type en quelque sorte élémentaire de cette forme de la folie dans deux faits importants que nous devons signaler ici d'une manière spéciale. Chacun d'eux correspond à l'un des principes de la dualité humaine et nous conduit à expliquer comment et pourquoi la monamanie se présente à nous avec une symptomatologie aussi variée. Ce sont, d'une part, les exagérations excentriques de l'imagination, et de l'autre, la prédominance exclusive de certains besoins suivant la manière dont se combinent ces deux ordres de faits. Suivant la dérivation que chacun exerce à l'égard de l'autre nous trouvons l'explication des exacerbations ou des rémissions, et nous nous rendons compte tant des conditions de la guérison que des chances de rechute. Mais bornons-nous ici à l'examen de ce qui se rapporte à la question des intervalles lucides.

Il est un fait parfaitement établi, puisqu'il se passe journellement sous nos yeux, c'est l'empire plus ou moins irrésistible qu'exercent sur l'homme les besoins physiques correspondant à la stimulation plus ou moins énergique de certains organes. Le besoin s'exalte soit par les stimulants matériels internes ou externes, soit par une influence morale, suffisante quelquefois pour le produire. D'un autre côté, on trompe le besoin comme on le fait taire par une dérivation habilement ménagée; mais c'est surtout quand le besoin est devenu en quelque sorte patho-

logique que sa manifestation dépend de circonstances qu'il importe de bien apprécier. Il y a sympathie ou exclusion des besoins entre eux, et leur physionomie symptomatique varie selon la part plus ou moins grande qu'y prend l'élément psychique. Du matérialisme le plus abrutissant il passe par de nombreux intermédiaires à l'idéalisme le plus excentrique, en rapport avec les conditions de causalité sous l'influence desquelles il s'est développé. Quand il arrive qu'il sommeille, pouvons-nous dire qu'il est éteint, et, lorsqu'une satiété accidentelle en suspend la manifestation, serait-il prudent de nous en laisser imposer par ce repos momentané? L'expérience est là pour nous répondre par la négative. Le dypsomane ne nous apparaît pas dans l'asile sous la même forme qu'au dehors. Soustrait à l'influence des boissons, il présente à l'observateur peu attentif toutes les apparences de la raison. S'il en est quelques-uns qui, arrivés au summum du délire, poussent l'aveu de leurs actes jusqu'au cynisme, c'est une exception fort rare. Nous les voyons presque tous nier et condamner même le funeste penchant qu'on leur reproche. Nous en avons même vu qui, pour mieux en imposer, se privaient de la ration de vin qui leur était allouée. Cependant, s'ils tiennent à obtenir leur liberté, c'est pour pouvoir de nouveau satisfaire avec fureur le besoin qu'ils dissimulent avec soin. Pouvons-nous considérer comme une intermittence réelle cette suspension forcée des conséquences d'une maladie dont on a gêné le développement complet, mais qui n'a pas cessé un seul instant d'être aussi intense ?

Si nous passons maintenant aux phénomènes de l'ordre psychique, nous remarquons qu'il en est de même pour les excentricités intellectuelles. La discipline, l'ordre, la régularité sont autant d'obstacles opposés à leur libre manifestation; nous pouvons même voir dans ces conditions une dérivation momentanée qui donne à l'attention un autre but, dirige dans une autre voie cette activité anormale et réprime des écarts désordonnés tout prêts à reparaître si le sujet était livré à lui-même. Qui de nous n'a pas observé dans le monde plusieurs exemples de ces natures bizarres dont on fait tout ce qu'on veut sous l'influence d'une bonne direction, qui nous en imposent alors par les apparences d'une raison complète, auxquelles nous sommes tentés d'accorder toute notre confiance, et qui sont toujours prêtes à la tromper du moment où vient à s'endormir la surveillance tutélaire qui les protége ? Pouvons-nous prendre cet état de tranquillité contrainte pour un intervalle lucide ? Évidemment non. Il en est de cela comme d'une douleur endormie momentané-

ment par l'opium, et qui reparaît ordinairement d'autant plus vive quand l'action du narcotique se dissipe.

Combinons maintenant ces deux ordres de faits que nous rencontrons surtout chez le monomane, et nous arrivons facilement à comprendre que, malgré sa présence d'esprit à un moment donné, nous ne devons par admettre à la légère l'intervalle lucide dans le cours de cette affection. Il y a même lieu de faire à cet égard une remarque importante qui trouve ici naturellement sa place.

Quand on se reporte aux phénomènes qui signalent ordinairement le début de la monomanie, on observe d'abord une vague inquiétude, une excitation anormale, des habitudes irrégulières, des bizarreries d'appétit, de l'insomnie, une inaptitude complète pour tout travail suivi; la constitution participe de cet état psychique ; il y a de la céphalalgie, les sécrétions et les excrétions sont anormales, l'irritabilité est plus vive qu'à l'ordinaire. On voit bien qu'il se passe quelque chose d'anormal, mais on ne découvre rien jusqu'à ce qu'une indiscrétion commise par le malade fasse connaître que la monomanie est confirmée. Bientôt cet orage cesse, l'intelligence reprend toute son activité, souvent même elle a acquis plus de développement, les inégalités ont disparu dans la conduite qui s'est plus ou moins modifiée, et l'on croit à un intervalle lucide. Erreur grave! Le malade est arrivé dans la seconde période de son affection confirmée. Ses convictions délirantes, incertaines dans le principe, se sont mieux organisées, il est maître de son sujet, et il se l'est entièrement assimilé ; le travail de l'enfantement est pour ainsi dire terminé, et c'est pourquoi nous le voyons, non pas calme, mais dissimulé, car personne, à ses yeux, n'est digne d'entrevoir les vérités qu'il a conquises. Entamez avec lui une discussion sérieuse, niez son pouvoir surnaturel, contestez la haute position à laquelle il croit être parvenu, vous verrez disparaître aussitôt ce que vous avez pris pour un intervalle lucide.

Dans la lypémanie, comme dans la forme précédente, nous avons assez de peine à saisir au début le point de démarcation entre la raison et la folie; mais comme c'est surtout par la prédominance des passions dépressives qu'elle se distingue, les symptômes se dessinent peut-être plus tôt. La sensibilité y est aussi vivement surexcitée, mais l'impressionnabilité qui en résulte est douloureuse, et c'est dans cette affection surtout que nous observons le spasme qui va jusqu'à la stupeur. L'énergie de la réaction y est notablement restreinte et la spontanéité a presque disparu. Dans l'ordre psychique, l'imagination n'a quelque fé-

condité que pour la crainte et le désespoir, l'intelligence n'a d'énergie que pour le mal, et les sentiments affectifs ont fait place à l'égoïsme de la misanthropie. Le monomane religieux est prophète et le fait de la propagande ; le lypémaniaque, au contraire, succombe sous la crainte de la damnation. Les phénomènes de l'ordre physique présentent un contraste non moins frappant. Tandis que chez le premier toutes les fonctions se ressentent d'une activité vitale plus énergique, nous trouvons chez le second des altérations d'autant plus nombreuses qu'elles sont le point de départ et la conséquence de l'affection.

Parmi les impulsions irrésistibles qui se manifestent dans cette forme de l'aliénation mentale, nous devons surtout signaler le suicide vers lequel l'aliéné progresse sans cesse avec une rare persévérance et une dissimulation ingénieuse qui déroutent la surveillance la plus soutenue. C'est là, plus que dans tout autre cas, qu'il faut se tenir en garde contre une fausse appréciation des apparences et qu'il faut admettre avec réserve l'existence d'un intervalle lucide qui n'est souvent qu'une dissimulation adroite des moyens d'exécution. Il y a surtout dans le suicide instinctif par intolérance de la douleur quelque chose de soudain, et d'imprévu, tenant à une spontanéité automatique et déjouant toutes les espérances que pouvait faire concevoir le calme d'une rémission momentanée. Le suicide est ici un élément propre de l'idiosyncrasie, et si d'abord la douleur réelle y conduit par une pente irrésistible, il finit tôt ou tard par être la conséquence instantanée de la douleur délirante ou préventive. Dans ce cas, plus que dans tout autre, la rémission est trompeuse, et ce serait s'exposer à une fâcheuse déception que de compter sur un intervalle lucide.

Dans la lypémanie surtout, le malade est sous l'influence d'hallucinations qui le dominent d'autant mieux que la sensibilité générale est plus lésée et que l'impressionnabilité est plus douloureuse. Par suite d'une métastase spontanée ou provoquée par le traitement, les hallucinations deviennent moins précises, moins impérieuses ; le malade renaît momentanément à la vie réelle. Il y a dans ses angoisses une sorte de rémission ; nous parvenons même à exciter sa colère, et si, dans cette condition, il est appelé à subir un interrogatoire, il étonne ses juges par la lucidité de son raisonnement et par l'exposition méthodique de ses plaintes auxquelles il sait donner toute la couleur de la vérité. On s'indigne alors contre une séquestration qui paraît si peu justifiée, où l'on est au moins disposé à admettre l'existence d'un intervalle lucide. Il n'en est rien cependant, car on n'a

qu'à ramener la conversation sur certains points pour voir se manifester immédiatement les erreurs de perception les plus bizarres et les appréciations les plus singulières, dans lesquelles la *physique* ne manque presque jamais de jouer un rôle très-important. Le génie d'arrangeur se montre surtout dans la lypémanie hypochondriaque, et l'on est vraiment surpris quand on observe ces malades avec attention de voir une intelligence aussi complète coïncider avec une folie permanente aussi étendue.

D'un autre côté, nous ne devons pas oublier que le lypémaniaque est, de tous les aliénés, celui qui réagit le moins, soit contre les influences extérieures, soit contre les modifications fonctionnelles ou organiques si fréquentes chez lui. On pourrait presque dire que le délire y est primitivement plus viscéral que cérébral, tant l'observation journalière est de nature à justifier ce diagnostic fondé sur la coïncidence des rémissions avec les phases diverses de l'altération somatique. Chez beaucoup de lypémaniaques les exacerbations du délire sont la conséquence immédiate de l'exacerbation correspondante d'une effection du cœur ou d'une lésion intestinale. Il y a même chez certains malades, sous l'influence de ces conditions, une certaine excitation qui est plutôt une tentative infructeuse de réaction qu'une réaction réelle. Prendrons nous pour un intervalle complétement lucide la rémission psychique qui concorde avec la rémission de l'affection somatique ? L'expérience est encore là pour lever tous les doutes à cet égard. La panophobie reste la même. La crainte de l'empoisonnement n'a pas disparu. Tout ce qu'on a peut être gagné, c'est que l'actualité est plus rassurante ; mais les erreurs sont les mêmes dans le passé comme pour l'avenir. La douleur est préventive au lieu d'être actuelle. L'antipathie existe sans se manifester, et il faut la cause la plus futile pour réveiller l'irritabilité maladive.

La continuité est donc le caractère essentiel des affections dont nous venons de parler, et c'est en vain que nous y chercherions les intervalles lucides où la liberté morale puisse s'exercer sans entraves. Quand nous sommes consulté à cet égard, nos recherches ne peuvent aboutir qu'à déterminer jusqu'à quel point la liberté morale est abolie et jusqu'où elle peut étendre son action. Nous dosons, en quelque sorte, le plus ou moins d'autocratie du délire, mais nous ne le voyons pas disparaître même momentanément. Ou l'aliéné, en convalescence, progresse vers la guérison, ou il est encore malade. Toute situation intermédiaire est inadmissible, lors même qu'une affection incidente,

opérant une sorte de métastase, suspend le délire ou le masque momentanément. Toutes les fois qu'elle n'est pas une crise réelle, elle ne produit qu'une rémission passagère des symptômes plutôt que de la maladie elle-même. Dans les conditions que nous venons d'énumérer, il est tel acte que notre aliéné peut faire en parfaite connaissance de cause, mais il n'est pas apte à tout faire, preuve évidente de l'absence d'une lucidité complète. Si nous le voyons se livrer sous nos yeux à des travaux délicats et difficiles, si nous voyons l'artiste dissimulant le délire, cela est dû à la discipline régulatrice qui le dirige et sous l'influence tutélaire de laquelle il élude en quelque sorte les obstacles qui s'opposent au libre exercice de sa liberté morale. Si, sous la surveillance d'un conseil, il peut adhérer à certains actes civils de pure forme, nous n'admettons pas qu'il puisse rien faire de nature à mettre en jeu les intérêts d'autrui ; et nous pensons que, du moment où la donnée générale est nécessairement restrictive, la légalité d'un acte est essentiellement subordonnée à l'appréciation préalable de l'étendue du délire à ce moment et des rapports qui peuvent exister entre l'acte et les conceptions délirantes. Au criminel, la négation de l'intervalle lucide doit être absolue. En effet, s'il y avait lucidité, il pourrait y avoir culpabilité et responsabilité morale ; or, l'observation journalière nous apprend que c'est pendant ces moments de raison apparente que l'aliéné médite et prépare les projets les plus dangereux tant pour lui-même que pour les autres. C'est aussi presque toujours à cette période d'incubation intermittente que correspond un nouveau progrès du délire. C'est en vain qu'on invoquerait, en faveur du principe de la lucidité, l'ingénieuse combinaison des moyens que le lypémaniaque prépare pour arriver à son but, car les conceptions délirantes, tout en rendant les prémisses fausses, ne dérangent pas le logique enchaînement des autres opérations intellectuelles. Le lypémaniaque doit être, sous ce point de vue, considéré comme un opprimé qui conspire contre ses ennemis, et comme il est le plus faible, il appelle la ruse au secours de sa légitime défense.

Les phénomènes ne se succèdent pas toujours de la même manière dans la manie, cette forme du délire où le désordre de la sensibilité est plus général et où l'élément somatique prend autant de part que l'élément psychique. Il n'y a aucun rapport entre l'impression et la réaction ; tout est incohérent dans les manifestations, et tandis que les deux premiers types nous présentent une logique délirante qui leur est propre, nous ne voyons chez le maniaque aigu aucune trace de cette raison, de

cette raison apparente qui nous frappe chez les autres aliénés. L'excitation y est désordonnée, les illusions et les hallucinations y sont plus mobiles, et l'on ne parvient que difficilement à fixer l'attention du malade. Il semble le jouet d'une force extérieure qui le domine, qui le pousse, à laquelle il semble quelquefois résister, mais contre laquelle il est impuissant. Ce qu'on serait tenté de prendre pour de la spontanéité n'est autre chose qu'une agitation aveugle et sans but. Néanmoins, sous l'influence de certaines circonstances, cet orage se dissipe comme par enchantement. La dissimulation devient possible pendant quelque temps, le délire est en quelque sorte suspendu, et l'on pourrait croire au retour spontané de la raison. Combien avons-nous vu de maniaques cesser de délirer pendant l'interrogatoire du juge, et reprendre immédiatement après le cours de leurs divagations! Ne voyons nous pas chaque jour le délire disparaître pendant les premiers moments de l'isolement, sans qu'on puisse donner le nom d'intervalle lucide à cet état accidentel résultant d'une dérivation momentanée! Plus l'excitation est vive, plus la dépense de forces est considérable, plus on a lieu d'espérer une modification dans la manifestation des symptômes. Après une durée plus ou moins longue de cette première période, la prostration survient : il y a rémission des principaux symptômes somatiques, mais l'incohérence des idées persiste avec un caractère différent. A l'incohérence par volubilité a succédé l'incohérence par stupidité, et c'est graduellement que le malade renaît à la vie de relation. Quelquefois, mais bien rarement, l'aliéné maniaque passe brusquement de l'agitation la plus désordonnée au calme le plus complet. On dit alors que le malade est redevenu raisonnable ; mais quoique les chances d'intervalles lucides soient plus nombreuses dans la manie, il faut encore une certaine attention pour ne pas commettre sous ce rapport une erreur de diagnostic.

C'est dans ce type seul que nous rencontrons une périodicité réelle ; c'est là que chaque accès s'annonce par des phénomènes précurseurs identiques chez le même sujet, mais c'est là aussi qu'il importe de bien distinguer le délire d'actions et le délire d'idées. Réunis le plus ordinairement, ils se présentent quelquefois isolés ou se succèdent l'un à l'autre. C'est quand le délire d'actes se manifeste seul que le diagnostic présente les difficultés les plus sérieuses aux mouvements les plus bizarres. Aux actes les plus excentriques correspond une certaine lucidité intellectuelle qui en impose surtout quand l'aliéné sait dissimuler avec adresse l'incohérence de sa conduite. Il pose, quand il trouve

un intérêt actuel dans cette dissimulation, ou bien, s'il est entraîné par une force irrésistible, il cherche à justifier ses excentricités par les raisons les plus spécieuses. Il est assez difficile de le prendre en défaut, et il faut une observation très-attentive pour réunir tous les traits épars de ce protée pathologique. Quoique l'intelligence ait une certaine activité, quoique la succession des idées ne présente aucune incohérence apparente, on ne saurait admettre une semblable situation comme un intervalle lucide. La liberté morale est encore très-incomplète. La manie existe à l'état en quelque sorte élémentaire, mais elle domine toujours ; et du moment que la responsabilité morale ne peut être admise, nous prétendons à juste titre que le délire existe encore.

Dans d'autres cas, le délire est devenu moins intense, toute excitation a disparu, et le malade répond à toutes nos questions avec une suite qui nous porterait à penser que nous voyons devant nous un intervalle lucide. Mais l'illusion est bientôt détruite quand, poursuivant notre examen, nous fatiguons le malade par nos questions. Il se trouble alors, perd le fil de ses idées, devient de plus en plus incohérent et nous prouve évidemment qu'il y a à peine une rémission passagère.

Enfin, il arrive que nous n'observons aucun des phénomènes dont nous venons de parler. Si l'on s'en rapporte aux apparences, la raison paraît dominer exclusivement les actes et les idées qui, à un moment donné, sont dans une corrélation parfaite. Cependant nous devons encore être fort circonspects pour admettre l'existence d'un intervalle lucide. Si le malade nie la situation dans laquelle il se trouvait naguère, s'il se refuse à convenir des faits principaux qui ont signalé son accès, c'est pour nous une preuve que sa raison est incomplète, l'accès est toujours imminent ; il existe encore des erreurs de perception et la lucidité ne saurait être admise. Nous constatons, il est vrai, l'apparition périodique de certains symptômes ; mais en raison de cette virtualité latente, l'affection-type doit encore être considérée dans ce cas comme continue, rémittente. Cette observation s'applique surtout au genre de manie dans lequel l'irritabilité excessive joue le principal rôle. Les rémissions y sont irrégulières et les récrudescences s'y manifestent sous l'influence de la cause la plus futile. La transition du calme à l'excitation se fait brusquement, de telle sorte qu'on ne peut compter sur un seul instant de repos réel, et l'on ne saurait considérer comme une lucidité cette virtualité permanente que développe la contrariété fortuite la plus légère.

Dans la manie périodique proprement dite, l'accès est complet et sa terminaison critique coïncide toujours avec une modification manifeste dans la constitution. Alors les perceptions sont nettes et précises; le malade convient de l'état dans lequel il s'est trouvé et il apprécie plus ou moins sa situation somatique et psychique. Ses habitudes comme son caractère présentent avec l'état pathologique un contraste qu'on n'observe pas dans les cas précédents où l'accès, toujours imminent, reparaît sous l'influence de la moindre douleur, de l'émotion morale la plus légère, d'un embarras gastrique ou de la réapparition des menstrues. C'est alors seulement qu'on peut admettre l'intervalle lucide d'autant plus complet que la périodicité est plus longue et que l'excitation maniaque a eu moins de durée. C'est quand on assiste à cette transformation successive qu'on peut entrevoir des chances d'une guérison d'autant plus prochaine que la constitution s'est mieux modifiée.

Il y a encore deux autres phases de la maladie où l'on remarque des traces de lucidité plus apparente que réelle. Si l'excitation n'a pas été trop vive, l'affection, restreinte dans des bornes plus étroites, passe à l'état chronique par suite du peu d'énergie de la réaction; alors la constitution n'a pas eu trop à souffrir de l'ébranlement qu'elle a éprouvé et le malade parvient à se maintenir pour beaucoup de ses actes dans un état de raison apparente qui disparaîtrait bientôt pour peu qu'on vînt à changer les conditions du milieu dans lequel il se trouve. Le malade délire peu, il est vrai, puisqu'il lui manque l'excitation ; mais il est absolument privé du régulateur dont il a besoin pour pouvoir se conduire lui-même. Il n'est bien qu'autant que la raison d'un autre le dirige. Nous ne pouvons donc pas le considérer comme lucide.

Enfin, quand la manie tend à passer à la démence, la transition est presque toujours marquée par une réaction momentanée qu'on est tenté de prendre pour le réveil de la raison, et qui n'en est presque toujours que la dernière lueur.

C'est précisément en raison de la mobilité qui le caractérise que le maniaque subit plus que tout autre aliéné l'heureuse influence de l'isolement; et quoique la préméditation de tel ou tel acte ait chez lui quelque chose de plus instantané que chez les autres, nous le voyons cependant quelquefois déployer, pour arriver à un but, une ruse et un génie d'invention qui ont lieu d'étonner. Nul ne sait mieux que lui combiner des moyens d'évasion, non de loin, mais soudainement; et comme il subit facilement l'influence du milieu dans lequel il se trouve, il semble

quelquefois cesser d'être maniaque, soit parce qu'il a une occupation dérivative de son activité morbide, soit parce que la crainte d'être repris dirige momentanément son attention ordinairement si fugitive. Nous ne saurions admettre qu'il existe alors un intervalle lucide, car le tempérament maniaque est resté le même, et c'est de lui que dépend cette variabilité idiopathique des manifestations symptomatiques.

Nous arrivons enfin à cette forme de l'aliénation mentale où tout s'éteint graduellement, où l'élément somatique végète et où le malade se survit en quelque sorte à lui même. Décrépitude sénile anticipée, suite d'une dépense excessive de forces pendant l'excitation qui l'a précédée, la démence est une ruine dans laquelle on parvient quelquefois à retrouver la trace de temps meilleurs. Insensible aux impressions du moment, le dément sent quelquefois se réveiller les souvenirs du passé, et ce qu'on serait tenté de prendre pour un intervalle lucide n'est autre chose qu'une raison rétrospective sans application actuelle.

Mais la démence n'est pas toujours la terminaison des autres types. Elle constitue bien souvent aussi un type primitif et idiopathique qu'il ne faut pas confondre avec la lypémanie stupide. On y rencontre moins rarement les intervalles lucides que dans l'autre variété, et le diagnostic y présente moins de difficultés qu'ailleurs. Le dément ne peut pas dissimuler, parce que, pour le faire, il lui faudrait une force qui lui manque totalement. Comment s'y prendrait-il, en effet, pour cacher son impuissance sous le masque d'une énergie qu'il est incapable d'avoir et dont la source est souvent tarie ? Il est entièrement sous l'empire des lésions somatiques qui sont le point de départ de son affection et dont les modifications peuvent seules influer sur la lucidité des manifestations psychiques. C'est ce qui nous explique comment l'excitation maniaque est encore assez ordinaire chez le dément dont la maladie s'accroît souvent d'une manière plus rapide, quand cette réaction passagère, au lieu d'être une crise, fait en pure perte une nouvelle dépense de forces prêtes à s'éteindre.

Nous ne pouvons certainement pas quitter ce sujet sans dire un mot des épileptiques dont la situation donne lieu à des remarques intéressantes au point de vue du sujet qui nous occupe en ce moment. L'épilepsie n'est pas toujours accompagnée d'un délire complet et permanent, et quand un intervalle assez long sépare les accès, il n'y a pas une lésion bien prononcée de la liberté morale. Néanmoins elle a déjà reçu une atteinte, car le caractère n'est plus le même, et nous voyons se développer chez

le malade une irritabilité *sui generis* qu'on ne saurait confondre avec ce qu'on observe dans les autres types. Plus la maladie s'éloigne de son point de départ, plus les accès se rapprochent, plus le caractère épileptique se développe. Nous remarquons même que ce progrès est plus rapide sous l'influence du vertige épileptique que sous celle d'accès foudroyants qui se jugent promptement. Les illusions, les hallucinations se multiplient, et c'est en vain qu'on chercherait une lucidité complète, même en dehors de l'excitation qui précède ou qui suit l'accès, toutes les fois que le malade n'a pas eu assez de temps pour se remettre du trouble qui s'est opéré dans son économie. Le délire épileptique suit, en outre, les phases que nous avons observées dans les autres types de l'aliénation mentale, la forme lypémaniaque y domine modifiée par une excitation souvent dangereuse, et quand il y a manie périodique, elle laisse toujours après elle un subdélire qui ne permet pas d'admettre la lucidité complète de la rémission. Il y a, en outre, chez l'épileptique quelque chose d'instinctif et d'aveugle dans son délire que les influences morales ne dominent pas et qui constitue l'imminence permanente de l'excitation la plus dangereuse. Admettrons-nous l'intervalle lucide quand la liberté morale a reçu l'atteinte la plus grave et quand le malade ne peut maîtriser aucune de ses impressions? Évidemment non. Car c'est ici que se présentent dans toute leur force les considérations que nous avons exposées dans le cours de cet article.

En résumé, nous voyons donc que l'intervalle lucide est, dans l'aliénation mentale, un fait beaucoup plus rare qu'on ne le pense ordinairement, et qu'il est important de ne pas l'admettre quand il n'y a autre chose qu'une rémission incomplète ou une dissimulation maladive. C'est principalement dans la manie qu'on le rencontre. C'est la seule forme où la périodicité puisse exister d'une manière incontestable. Mais si nous ne pouvons recommander la circonspection dans l'appréciation du degré de liberté morale dont le sujet jouit à tel moment donné, nous croyons devoir rappeler, en terminant, un principe fondamental de diagnostic qui nous montre combien il importe de se défier de la doctrine exclusivement spiritualiste.

La nature n'a pas départi à tous une dose égale d'intelligence, et cette inégalité existe aussi pour la virtualité intellectuelle. Il faut donc bien se garder de confondre les erreurs maladives de l'aliéné avec les erreurs de l'homme raisonnable. Il faut se rappeler qu'il y a entre les deux faits toute la distance qui sépare l'illusion d'optique ordinaire ou physiologique de l'hallucination

délirante. On ne doit donc pas se créer un intervalle lucide typique qu'on ne rencontrerait que rarement, même en dehors de l'aliénation mentale, et qui n'est pas plus admissible qu'un type intellectuel exclusif. Nous devons prendre l'homme dans son idiosyncrasie primitive avec ses erreurs et ses préjugés, de même que dans la médecine somatique pure, nous l'admettons avec les imperfections de sa constitution et les caractères différentiels propres à son tempérament. Ce qui veut dire que de même que la santé peut exister sous des conditions diverses, soit organiques, soit fonctionnelles, la raison commune, qu'il faut bien se garder de confondre avec le degré de l'intelligence, se rattache à tous les caractères et aux idiosyncrasies psychiques les plus diverses.

---

22. *De la folie instantanée, considérée au point de vue médico-judiciaire;* par le docteur Ph. Boileau de Castelnau, Membre de la Légion d'honneur, de l'Académie du Gard, de la Société de médecine de Nîmes, du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du Gard, etc. (Lu a l'Académie du Gard.)

(Annales d'hygiène publique et de médecine légale, janvier 1851.)

Messieurs, par vos habitudes méditatives, vous recherchez avec avidité tous les faits qui peuvent s'engrener dans la science, en étendre le domaine et élargir le cercle de ses applications. — Connaître la nature et l'homme ; améliorer, sous tous ses aspects, l'individu et la société, tel est le but de vos efforts constants.

Accordez-moi, messieurs, un peu de votre attention et toute votre indulgence pour le travail que je vais avoir l'honneur de soumettre à vos esprits et à vos cœurs.

A l'aide de la méthode empirique, celle qui est la plus fructueuse dans les sciences, je vous montrerai, par quelques uns des faits, déjà si nombreux, enregistrés dans les travaux des médecins psychologistes, l'existence d'une maladie mentale, que la société a le plus grand intérêt de connaître, afin d'en prévenir les conséquences souvent fâcheuses pour la société et pour l'individu.

Tous les jours on entend parler de personnes mortes en quelques jours, en quelques heures, même subitement. — La *mort subite* est admise dans le monde; elle est le résultat de l'apoplexie cérébrale, ou pulmonaire, d'une congestion brusque sur

un organe essentiel, de la rupture d'un anévrisme, etc. Quelquefois aucune altération nécropsique ne donne la raison suffisante de la cessation instantanée de la vie. — Naguère le choléra apprit à tous que des personnes faisant leurs affaires, se livrant à leurs distractions, avaient cessé de vivre en quelques heures.

Dans les régions soumises à l'influence paludéenne, surtout, des individus sont saisis spontanément, par un accès pernicieux : un délire furieux survient ; l'accès passe, ainsi que le délire ; le malade a tout oublié. — Si, pendant cet accès, le fébricitant commet quelque dommage ou porte la main sur son semblable, l'excuse est incontestée.

Il y a donc des maladies subites de l'ordre somatique et de l'ordre psychique.

Permettez-moi, honorables confrères, d'exposer méthodiquement quelques-unes de ces observations, afin que, recevant le baptême de hautes intelligences, elles soient admises dans le monde, et qu'elles servent à faire reconnaître et prévenir les faits analogues qui pourraient affliger encore l'humanité.

La *folie instantanée, transitoire, temporaire, passagère*, est un désordre mental qui se manifeste soudainement, à l'instar de la sidération dans les maladies somatiques. — Le sujet est porté, par l'effet de la volonté, subitement malade, à des actes automatiques qu'aucun antérieur n'a fait prévoir.

*A*. Dans certains cas l'acte regrettable n'est précédé d'aucun raisonnement. — *B*. D'autres fois, il existe un raisonnement, mais il pèche par une ou plusieurs règles de la logique, quoique les autres soient rigoureusement suivies. — *C*. Quelquefois on ne peut reconnaître aucune prédisposition à la folie. — *D*. D'autres fois la prédisposition peut être constatée. — *E*. Il n'est pas sans exemple que le sujet ait pressenti le malheur dont il est menacé : il a lutté, il a appelé à l'aide, et il s'est fait éloigner du lieu qui allait devenir le théâtre d'une scène déplorable. — *F*. Dans d'autres cas, il n'a pu être secouru et la force d'impulsion a triomphé de la conscience.

Le premier acte de la folie peut être un meurtre, et l'aliénation suivre sa marche sous le type continu ou intermittent.

Lorsque l'acte regrettable ou le meurtre est le seul acte d'aliénation, c'est la folie *instantanée, temporaire, passagère* ou *transitoire* (Henke, Marc, Cazauvieilh, etc.), celle qui va nous occuper, en rapportant des faits qui se rapprochent des catégories que nous venons d'énumérer.

Notons, avant d'aller plus loin, qu'à côté de cette espèce de

folie on en trouve une autre qui rend le diagnostic difficile. Il peut arriver que la folie manifestée après le meurtre soit l'effet de la peur et du désespoir de celui qui s'est rendu coupable. (*Les aliénés devant les cours d'assises, etc.*).

C'est par l'étude sérieuse des antécédents de l'accusé, de ceux de sa famille, des circonstances de l'acte, que l'on trouvera la distinction de ces genres de folie, et que le médecin et le juge constateront la différence de la folie et de la raison.

Un jurisconsulte célèbre, qu'on ne taxera pas d'indulgence, reconnaît la réalité de la folie instantanée : « Il est des fous, dit Bellard, que la nature a condamnés à la perte éternelle de la raison, et d'autres qui ne la perdent qu'*instantanément*, par l'effet d'une grande douleur, d'une grande surprise ou de toute autre cause pareille. Il n'est de différence entre ces deux folies que celle de la durée ; et celui dont le désespoir tourne la tête pour quelques heures, ou pour quelques jours, est aussi *complétement fou* pendant son action éphémère que celui qui délire pendant beaucoup d'années. Lorsque le maniaque a causé quelque grand malheur, l'enfermer, c'est justice et précaution; l'envoyer à l'échafaud, ce serait cruauté. » (*Les aliénés devant les cours d'assises.*)

Hâtons-nous, au reste, de répéter avec Georget : « Si nous avons critiqué la chose jugée, c'est uniquement dans l'intérêt de la vérité et de la morale, et nullement pour blesser les intentions de qui que ce soit. » (*Disc. méd.-lég. sur la folie.*)

Nous croyons, pour notre part, que l'examen purement scientifique d'une affaire criminelle n'est point de nature à porter atteinte au respect et à la soumission dus à la chose jugée, puisque cette étude peut attirer sur le condamné le bénéfice de la remise de sa peine. (*Art. 55 de la Constitution.*)

Parmi les auteurs qui se sont occupés d'un sujet aussi délicat, nous trouvons Marc, qui a fait un ouvrage *ex professo* sur la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires. « Ne rencontrons-nous pas, dit ce célèbre médecin, dans la société, des personnes raisonnables et d'une grande moralité reconnue, qui avouent avoir été, au moins une fois dans le cours de leur vie, surprises par un accès d'extravagance et même d'atrocité ? »

Le docteur Marc ne craint pas de se citer en tête de cette liste : il fut saisi de l'épouvantable désir de jeter à l'eau un jeune maçon assis sur le parapet d'un pont. L'horreur de cette idée le fit éloigner avec promptitude.

Talma, le célèbre tragédien, avait éprouvé la même propen-

sion. — Le célèbre professeur Lichtenberg avoue, *dans ses observations sur lui-même*, qu'il trouvait souvent du plaisir à réfléchir sur les moyens de priver telle ou telle autre personne de la vie, ou d'incendier, quoiqu'il n'eût jamais sérieusement conçu le projet d'exécuter de semblables crimes.

Le littérateur D..., se trouvant devant un des beaux tableaux de Gérard, fut saisi du désir tellement vif de crever la toile d'un coup de pied, qu'il fut obligé de tourner le dos au chef-d'œuvre. (Pariset, Marc.)

Le docteur Michu (*Mém. sur la mon. hom.*) donne l'histoire d'une femme de la campagne qui était accouchée, depuis dix jours, de son premier enfant, lorsque ayant les yeux fixés sur lui, elle se sentit subitement agitée par le désir de l'égorger. — Cette idée la fit frémir : elle sortit aussitôt, afin de se soustraire à ce funeste penchant. Rentrée chez elle, elle éprouva la même impression. Cette femme s'éloigna de nouveau, et fit connaître au curé le secret de ses agitations. (*Annales d'hygiène*, t. XVI, p. 144.)

Dans ces faits, la volonté a pu rester saine et triompher d'une impulsion brusque. En l'absence de cette condition, point de responsabilité morale.

Pour qu'une action entraîne responsabilité morale de son auteur, il faut une perception libre, une association libre des idées qui rend possible l'examen de chaque idée nouvellement survenue; il faut un balancement de l'impressionnabilité et de la force d'appréciation ou intelligence ; il faut un balancement des diverses facultés psychiques, d'où naît une individualité assez forte pour faire triompher, avec son assentiment, les idées avec lesquelles elle a le plus d'affinité. — Pour qu'il y ait liberté de perception, tous les organes de cette fonction doivent être exempts de lésion. — Pour qu'il y ait libre association des idées, il est indispensable que toutes puissent arriver en temps utile au sentiment commun. Si, par l'effet de la lenteur de notre conception, les idées contraires n'arrivent pas à temps, il n'y a plus balancement harmonique : les actes qui en seront le résultat ne porteront pas le caractère de ceux qui émanent d'une raison saine. — Une association trop rapide de certaines idées, une lésion des sens, l'inéducation, produisent le même résultat.

L'homme qui tend à constituer une individualité forte doit exercer son intelligence à saisir en même temps les mobiles contraires, pour s'habituer aux combinaisons d'idées qui doivent produire des actes salutaires à la société et à lui-même. (Groddeck.)

Tel est le but de l'éducation, cette puissance, à l'aide de laquelle le moi règle, dirige les opérations du *sensorium commune* sur les impressions. C'est elle qui dirige la combinaison des divers éléments destinés à développer des produits de l'ordre moral et intellectuel. (Docteurs Groddeck, Renauldin, etc.)

C'est en partant de ces principes et avant de connaître ces passages que nous avions défini l'éducation : l'ensemble des moyens qui donnent la puissance de résister au crime et de se diriger dans l'ordre du bien. (*Du système pénitencier*, par le docteur B... de C... Montpellier, 1845.)

Si nous voulons parler le langage des phrénologistes, nous rappellerons que l'organe de la destruction, qui semble la continuation de l'organe du courage physique (rixe, pugnacité), est toujours fort saillant chez ceux qui se complaisent dans la destruction. Cet organe est puissamment modifié, dans l'état normal, par la raison et par les impulsions qui nous portent à la bienveillance, à l'amitié, à la justice et à la vénération.

L'organe de la propriété donne l'impulsion au *vol* par le défaut du jugement, par la faiblesse du sentiment et de l'estime de nous-mêmes, ou par celles des inclinations également instinctives et réellement organiques qui nous portent à la bienveillance, à la justice, à la commisération. Le sentiment, le désir de la perfection dans le bien et dans le beau résidant dans l'organe de l'*individualité*, est aussi, selon Spurzheim, un des plus puissants préservatifs de l'injustice et du vol. (Voy. Broussais, *Mémoires de l'Académie des sciences morales.*)

Ainsi, dans toutes les manifestations de l'univers et de l'homme, nous trouvons, combinaison, association d'éléments. Les opérations physiques suivent la même loi que la chimie. Prenant des corps de différente nature, en quantité différente, les mêlant selon un ordre particulier, le chimiste obtient ainsi, par leur association hiérarchisée, de nouvelles substances dont les propriétés, les caractères sont autres que ceux des principes élémentaires employés. L'ordre qui règne dans la marche des astres résulte de la même loi d'association. Cet ordre est dû à l'action réciproque et hiérarchique des globes les uns sur les autres.

L'ordre social doit être le résultat de la combinaison hiérarchique des diverses aptitudes natives ou acquises des diverses spécialités. Ce n'est pas, comme l'ont dit quelques critiques inattentifs, en donnant un essor libre et confus aux instincts, mais en les combinant hiérarchiquement, en les dirigeant, que la société se développera sous tous ses aspects. C'est aussi en recon-

naissant à chaque spécialité ses attributions que l'ordre régnera.

Revenons aux faits qui parlent plus haut et d'une manière plus précise que les explications qui en ressortent.

Les autorités ne manquent pas en faveur de la thèse que nous soutenons touchant la folie instantanée.

Les observations recueillies par les médecins légistes de nos jours ne laissent aucun doute sur l'existence de cette manie de quelques instants, pendant lesquels des hommes qui n'ont jamais donné des preuves de folie, tout à coup complétement privés de leur raison, se portent aux plus déplorables excès. Ainsi s'exprime le savant rédacteur en chef du *Journal de médecine et de chirurgie pratique* à propos de cinq observations de manie de ce genre. Dans quatre d'entre elles, des circonstances fortuites seules se sont opposées à ce que des crimes fussent commis par des individus dont la conduite avait toujours été irréprochable. Dans la cinquième observation, le bonheur n'a point voulu que les voisins arrivassent assez tôt pour empêcher une femme de tuer quatre personnes, au nombre desquelles était sa mère ; d'en blesser une cinquième et de briser les meubles qui tombaient sous sa main ; de faire couler le vin d'un tonneau. Après avoir été arrêtée, cette femme répondit à la question qui lui était faite : « Quelqu'un vous a-t-il donné le conseil de tuer votre mère ? — Non, c'est un mauvais coup de sang qui me l'a fait faire : ma pauvre mère qui m'aimait tant ! (Elle pleurait sa mère qu'elle avait tuée !) — Puisque vous aimiez tant votre mère, pourquoi l'avez-vous tuée ? — Que voulez-vous que je vous dise ! » Des circonstances atténuantes furent admises, et Jeanne fut condamnée à dix ans de travaux forcés. (*Journal de Lucas Championnière*, 1855.)

Le *Journal de Hufeland* rapporte quatre observations du docteur Loeventhal, citées par le même journal français. Nous nous bornons à en extraire les deux suivantes :

Un cordonnier, âgé de trente-trois ans, d'un tempérament sanguin, d'un caractère tranquille, laborieux, sobre, d'une excellente santé, vivait, depuis quatre ans, heureux dans son ménage. Le 12 avril, il s'était levé de bonne heure, comme à son ordinaire, pour se livrer à son travail ; au bout d'une heure, sa femme est frappée de l'incohérence de ses discours, de son air effaré. Tout à coup cet homme jette ce qu'il tient dans la main, saisit son tranchet et se précipite sur sa femme pour la tuer. Celle-ci eut à peine le temps de se sauver avec son enfant. Plusieurs personnes s'emparèrent du cordonnier. Le docteur Loeventhal arrive, saigne le malade, lui donne quelques autres soins. Après

midi, il était devenu calme et dormait. Le soir, il avait repris le libre usage de ses facultés intellectuelles ; mais il ne se souvenait aucunement de ce qui s'était passé. (*Journ. de méd. et chir. pratiq.*, 1833.)

Un homme se couche bien portant. Dans la nuit, il fait grand bruit dans sa chambre ; son domestique et l'hôte accourent : il leur jette tout ce qu'il peut saisir; il tombe épuisé de fatigue. Le même médecin lui prodigue des soins ; le malade s'endort. A onze heures du matin, il se réveille et ne se souvient en aucune manière de ce qui s'est passé. Rien n'a pu motiver cet accès de manie, qui n'a plus reparu. (Même journal.)

Deux observations analogues suivent celles-ci. Nous allons passer à d'autres auteurs.

Le docteur Marc rapporte, d'après le docteur Cazauvieilh, médecin aliéniste français très-distingué, le fait d'un tailleur sobre et appliqué, qui, étant revenu le matin de la promenade avec sa femme, s'assied, refuse de déjeuner ; puis tout à coup il renverse les objets qui sont autour de lui et se jette sur sa femme. Les voisins, accourus, eurent grand'peine à se saisir de ce furieux. Le lendemain, il n'avait aucun souvenir de ses actes. (Marc, *De la folie*, t. II, p. 512.)

Le célèbre Heim, de Berlin, a publié le fait suivant :

Un fonctionnaire public, généralement estimé et qui existe encore (1817), le conseiller d'État L..., à Berlin, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'une nuit il se réveille tout à coup. Sa respiration est stertoreuse ; sa femme veut le secourir, mais il l'assaille avec la plus violente fureur, la maltraite horriblement et fait tout ce qu'il peut pour la jeter par la fenêtre. Après une demi-heure de lutte, il s'affaiblit ; les cris de la victime font arriver du secours. Un vomitif mit fin à ce court accès de manie, et depuis quatorze ans il ne s'en est pas manifesté d'autres. (Marc, *De la folie*, t. II, p. 509.)

Qu'il nous soit permis de rapporter ce que nous avons vu. Il y a douze à treize mois que, parcourant la rue de la Porte d'Alais, nous fûmes prié d'entrer chez D..., d'un tempérament bilioso-nerveux, très-impressionnable, vigoureux, n'ayant jamais donné des soupçons de dérangement physique. D... brisait ses meubles, ses vêtements, voulait maltraiter sa femme ; personne n'osait l'aborder. Il avait la face animée, les yeux égarés, les muscles et les veines tendus ; il criait, chantait. D... avait depuis longtemps de grands égards pour nous. En nous voyant, il s'assit auprès d'une table qu'il frappait à coups redoublés.—Rien, nous dirent ses voisins et ses amis, n'avait pu motiver cet accès de

manie. Il accepta la saignée, sur notre proposition, mais il fallut consentir à pratiquer cette petite opération tandis que le bras qu'il nous offrait était étendu sur la table, par la face dorsale. Une abondante évacuation sanguine modéra ses forces et son énergie morale. Il se laissa approcher par un de ses camarades. Aidé de celui-ci, et à force d'opposer le calme à sa fureur, nous pûmes sauver quelques pièces de son modeste mobilier. D... revint à lui, nous promit d'être tranquille. Le soir, il n'avait aucun souvenir de cet événement. Il est tranquille depuis cette époque.

L'acte de fureur peut être précédé, avons-nous dit, de symptômes de dérangement mental. Ainsi, Florent dansait, chantait dans la matinée du 4 avril 1838. Pendant la nuit il parla de Dieu, des saints. Le lendemain, il fit un pèlerinage. A son retour, il se fit saigner, refusa toute nourriture et se mit au lit. A neuf heures, il se leva, s'empara d'une hache et abattit sa vache ; il courut à une mendiante qui passait devant la porte, il la renversa d'un coup à la tête, lui porta trois nouveaux coups, et lui coupa la jambe à hauteur des chevilles. Florent frappa la femme Brotonne à l'épaule droite. Ici peut-être un éclair de raison traversa son cerveau : il se présenta chez le médecin. Celui ci était absent ; sa femme, voyant l'air hagard et menaçant de Florent, sa hache ensanglantée, parvint à force d'adresse et de présence d'esprit à le désarmer. Le calme ne dura que quelques minutes ; Florent est de nouveau en proie à la plus violente exaspération. Il redemande sa hache. Sur le refus de madame Bertemont, il tira son couteau. Joseph, arrivant au secours de la femme du médecin, fut frappé à son tour.—Poulet survint avec sa femme, cette dernière reçut neuf coups de couteau. — Poulet alla chercher son fusil ; Florent s'empare de cette arme, que l'émotion fait échapper des mains de Poulet ; cédant enfin au nombre, Florent fut arrêté, après avoir blessé ceux qui s'emparèrent de lui.

Le docteur Marc, qui rapporte ce fait, en ignore les suites.

Dans certains cas, on reconnaît une cause physique de la folie subite. Nous trouvons dans le même auteur le fait suivant de démonomanie instantanée.

Pendant la saison chaude, sous l'influence du *solano*, Raphaël B..., agriculteur de la Vieille-Castille, s'était livré pendant toute la journée aux travaux les plus pénibles. Accablé de fatigue, il contemplait l'horizon coloré, et faisait part à sa femme de l'analogie qu'il trouvait entre l'horizon et les flammes de l'enfer dont le curé leur avait parlé le matin. Il ajouta que, ne voulant pas

brûler, il voulait se réconcilier avec son voisin. — Le curé approuva son projet, et l'engagea à prier, à faire pénitence et à se coucher.

Le laboureur passa la nuit agitée. Son anxiété redoubla à la vue du soleil. « Voici les diables! s'écria-t-il ; ils me tiennent et me tuent ! » Et, se saisissant d'un manche de fourche, il se mit à la recherche de son père. Les yeux de Raphaël étaient hagards, la face contractée, la bouche écumante. Sa femme, qui s'efforçait de le ramener, reçut plusieurs coups de barre au bras et à la tête. —Parvenu, auprès de son père, il implora son secours contre son ennemi Izq..., qui, disait-il, voulait le tuer. — En même temps, Raphaël assomma son père ; il courut après ceux qu'il rencontra. Sa fureur se tourna un moment contre un chien. — Raphaël parcourut le village de Guintana, jusqu'à ce qu'il eût rencontré son frère, et, sans lui adresser la parole, il lui fracassa le crâne à coups de manche de fourche ; il mit en fuite le curé et tous ceux qui vinrent au secours de Thomas, son frère.

Saisi enfin, Raphaël fut conduit devant le juge. L'instruction fut rapide. Raphaël fut condamné au garrot et à être traîné de la prison jusqu'au lieu du gibet, avec cet écriteau sur la poitrine : *Traître et félon.* — Le juge ordonna, en outre, que son corps serait jeté à l'eau, et qu'une indemnité serait payée à la veuve de son frère.

L'audience royale de Burgos, ayant ensuite été appelée à examiner le jugement du tribunal d'Aranda, pensa que l'accusé n'avait pas sa raison quand il avait commis son crime. Trois médecins chargés d'examiner Raphaël déclarèrent d'un avis unanime, que le malade était atteint de manie religieuse, en un mot, qu'il était possédé du démon. Les alcades *del crimen* ordonnèrent qu'il fût enfermé dans une loge de fous jusqu'à sa guérison (Marc, *De la folie considérée dans les rapports avec les questions judiciaires*, t. II).

Ce ne fut qu'à la deuxième juridiction que l'état mental du prévenu a fixé l'attention du juge.—Voilà comment ont procédé en Espagne au XIX^e siècle.

En Prusse, pays éclairé, le juge ne manque pas de s'assurer de l'état mental du prévenu, dans les affaires justiciables, en France, du tribunal de simple police.

Une femme sujette, à chaque époque cataméniale, à un trouble mental, insulte pendant ce temps une autre femme, et n'en conserve aucun souvenir. Le professeur Berends, de Francfort-sur-Oder, chargé de l'examen médico-légal, constate, par les antécédents de cette femme, qu'elle a pu être dans l'impossibilité de

maîtriser les effets des conditions matérielles sur son moral, et qu'elle n'a pu conserver le souvenir des propos injurieux qui lui sont reprochés.

Dans le cas suivant, plusieurs médecins légistes, au nombre desquels se trouvait Fodéré, déclarèrent qu'il y avait aliénation mentale au moment de l'acte. Malgré l'atrocité du crime, le président de la cour d'assises de Colmar fit ressortir la réalité d'une lésion des facultés intellectuelles, que l'acte lui-même démontrait suffisamment.

En juillet 1817, un journalier quitte sa demeure pour mendier dans les environs. De retour, deux jours après, il demande à sa femme son plus jeune enfant. — « *Il est en repos!* » répondit-elle, et elle montre un petit cabinet. Le père ouvre la porte, et aperçoit le corps de son fils, auquel il manquait une cuisse.—Cet infortuné père sort, et revient bientôt accompagné du maire. La prévenue, pressée par l'interrogatoire, avoue enfin, sans émotion, que, dans l'extrême besoin où elle se trouvait, elle avait tué son enfant, lui avait enlevé une cuisse, qu'elle avait fait cuire dans des choux : qu'elle avait mangé une partie de ce mets, et qu'elle conservait l'autre pour son mari. On trouva, en effet, dans le garde-manger, un reste de choux et, à côté, un os rongé, qu'on reconnut être celui de la cuisse de l'enfant.

C'est la misère, dit-elle, qui lui a fait commettre ce crime ; elle ajoute que Dieu l'a abandonnée.— Il fut établi qu'à l'époque de l'événement elle avait encore des provisions ; qu'en conséquence les tourments de la faim portés à l'extrême n'avaient pu la pousser à l'acte de désespoir dont elle était l'auteur.

Dans la prison, elle fut froide, indifférente, ne parlant que lorsqu'on l'interrogeait. Lorsqu'il était question du motif de son crime, elle répondait quelquefois qu'elle n'avait pas su dans le moment ce qu'elle faisait.

La *démence* peut aussi être instantanée. Certaines personnes, dit Pinel, douées d'une sensibilité extrême, peuvent recevoir une commotion si profonde, par une affection vive et brusque, que toutes les fonctions morales en sont comme suspendues ou oblitérées : une joie excessive, comme une sorte de frayeur, peut produire ce phénomène si inexplicable. (Cité par Esquirol et Marc, d'après Pinel.)

Les exemples de démence instantanée ne sont pas rares. A la suite d'une émotion subite, il peut survenir, comme le dit Marc, une sorte de démence instantanée. Les deux faits suivants sont empruntés à Pinel : ce célèbre auteur confondait alors sous

le nom d'idiotisme ce dont les progrès de la science ont fait mieux distinguer deux formes, idiotie et démence.

Robespierre écrit à l'inventeur d'une espèce de canon une lettre si encourageante, que celui-ci reste immobile à cette lecture. Il est bientôt envoyé à Bicêtre dans un état d'idiotisme, — de démence, dirions-nous aujourd'hui.

Un réquisitionnaire est tué d'un coup de feu à côté de son frère ; celui-ci reste immobile comme une statue de spectacle. On le ramène chez lui ; son arrivée fait la même impression sur un troisième frère. Pinel a eu longtemps les deux frères à l'infirmerie de Bicêtre.

Le *vol* peut être commis sous l'influence d'une folie instantanée. —Le docteur Boys de Loury, si connu des lecteurs des *Annales d'hygiène*, a été chargé, bien des fois, d'examiner des individus accusés de vol, qui étaient bien évidemment aliénés, et dont l'action paraissait avoir été instantanée, et n'avoir été suivie d'aucun acte se rapportant à l'aliénation mentale. — Nous empruntons le fait suivant à ce savant confrère :

Dans le mois d'octobre 1845, une femme, dans une position aisée et connue par des antécédents les plus honorables, dînant, en famille, dans un restaurant du Palais-National, fut surprise cachant dans sa robe, à l'insu de sa famille, plusieurs couverts qui avaient servi au dîner. — Elle ne put expliquer le motif qui l'avait portée à commettre ce vol.

Après de longues et persévérantes recherches, le docteur Boys de Loury découvrit que cette femme, d'une constitution vigoureuse, avait éprouvé, pendant son enfance, une maladie cérébrale grave, accompagnée de délire violent. La convalescence avait été longue et pénible. La maladie ne se reproduisit plus ; mais elle a dû laisser dans l'encéphale une prédisposition qui se traduisit en un caractère vif et emporté. Ses violences étaient difficiles à modérer.

Madame X..., comme toutes ses coreligionnaires, fortement attachée à la forme du culte de la famille, fut plus vivement impressionnée que ses parents à l'occasion du mariage mixte de son frère. Au moment de la cérémonie, madame X... fut saisie d'une névrose intense ; elle refusa d'exécuter les prescriptions de son médecin. Cet état, plus ou moins modifié, dura encore six jours après, le jour où elle exécuta la soustraction des couverts.

Cette femme était au-dessus du besoin. Par son commerce, elle était versée dans la connaissance des valeurs métalliques :

elle n'a pu se méprendre sur le prix des couverts de maillechort.

De tous ces détails, abrégés dans cet extrait, le docteur Boys de Loury, conclut, « sans pouvoir l'affirmer d'une manière aussi absolue que le désire l'intérêt de la justice, qu'il est probable que madame X... a été sous l'impression momentanée d'une aberration mentale qui a pu lui faire commettre l'action répréhensible dont elle est accusée. » D'après ce rapport, il fut décidé qu'il n'y avait pas lieu lieu à suivre contre cette dame.

Cette observation montre combien il est important, dans l'intérêt de la justice, de parcourir avec soin toutes les circonstances de la vie d'un individu, pour constater sa culpabilité, et de ne point se hâter de conclure d'après un premier aperçu ou d'après des idées préconçues, comme agissent ceux qui ne tiennent pas compte des faits observés.

Dans ce cas que nous venons de rapporter, une circonstance dominante, une maladie cérébrale dans l'enfance, laisse dans l'encéphale une lésion qui met cet organe dans l'impuissance de résister à des accès de violence. Enfin une cause excitante, légère, survient, et cette femme est incapable de résister à un acte répréhensible, dont elle perd le souvenir.

Quelquefois les aliénés sont assez heureux pour être entourés de gens qui comprennent leur maladie et excusent leurs actes. —Dans l'exemple suivant, la kleptomanie ne fut suivie d'aucune poursuite judiciaire.—Par cette circonstance, le fait nous paraît de nature à amener la conviction sur la réalité de la manie instantanée.

Dans un bon mémoire sur la folie consécutive des maladies aiguës, le docteur Thore fils raconte qu'un garçon âgé de dix-sept ans fut pris d'hallucinations de la vue et de l'ouïe pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde grave.

D... s'échappe de chez lui, pour aller chez un épicier voisin; il veut, dit-il, acheter toute sa boutique, et dérobe une poignée de pruneaux. Un autre jour, il saute par-dessus un mur pour prendre du raisin dans un jardin voisin. Il le mange, se procure la diarrhée et la fièvre. D... continue à voler tout ce qui tombe sous sa main, en disant que c'est pour son frère.—La folie s'aggrave, D... est placé à Bicêtre, où il mourut du choléra épidémique, en 1849 (*Annales méd.-psych.*, 1850).

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

## X. Médecine légale et Police médicale.

### MÉDECINE LÉGALE.

23. *Relation médico-légale de l'assassinat de la comtesse de Goerlitz, accompagnée de notes et réflexions pour servir à l'histoire de la combustion humaine spontanée* ; par MM. AMBROISE TARDIEU, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Médecin des hôpitaux, Secrétaire du comité d'hygiène publique, ect., et X. ROTA, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de la Société de médecine d'Athènes.

Suite : *voir* t. VII, juillet, p. 164; t. IX, septembre 1850, p. 176.

(Annales d'hygiène publique et de médecine légale, janvier 1851.)

XVI. *Considérations sur la combustion humaine spontanée, par le professeur* J. LIEBIG.

Il y a plus de cent ans (1725) qu'on trouva les restes de la femme d'un habitant de Reims, nommé Millet, brûlés à 1 pied 1/2 environ du foyer de la cuisine. Il ne restait plus du corps tout entier que quelques parties de la tête, des jambes et des vertèbres. Millet avait une domestique d'une grande beauté ; on le soupçonna d'avoir assassiné sa femme, et une instruction criminelle fut intentée contre lui ; mais les experts expliquèrent la mort par une combustion spontanée, et Millet fut acquitté. C'est le premier ou un des premiers faits de ce genre.

On remarquera que l'idée de la combustion spontanée naquit à une époque où l'on n'avait que des notions très-fausses sur la combustion. Ce qui se passe pendant la combustion n'est connu que depuis soixante-dix ans (Lavoisier) ; quant aux conditions nécessaires à la combustion d'un corps, elles ne sont connues que depuis quarante ans (Davy). Depuis ce cas jusqu'à nos jours, il y en a eu 45 à 48, qui ont cela de commun que : 1° ils ont tous eu lieu en hiver ; 2° sur des buveurs d'eau-de-vie en état d'ivresse ; 3° dans des pays dont les chambres sont chauffées par des cheminées ouvertes et des foyers de charbon, en Angleterre, en France et en Italie : en Russie et en Allemagne, où l'on chauffe avec des poêles, les cas de mort par combustion spontanée sont excessivement rares ; 4° il n'y a pas de témoin oculaire de cette combustion ; 5° parmi les médecins qui ont

réuni et cherché à expliquer ces cas, aucun n'a pu observer le fait lui-même ; 6° on ignore aussi la quantité de combustible qui a brûlé ; 7° ainsi que le temps qui s'est écoulé depuis le début de la combustion jusqu'au moment où l'on trouva le corps consumé.

Les descriptions des cas de mort par combustion spontanée, qui datent du siècle dernier, ne sont pas garanties par des médecins instruits, mais bien par des personnes ignorantes non habituées à observer ; elles portent toutes le cachet de l'invraisemblance : d'ordinaire il est dit que le corps entier avait disparu, ne laissant d'autres traces dans la chambre qu'une tache de graisse et quelques restes d'os. Or tout le monde sait que le moindre os brûlé devient blanc et perd un peu de son volume, mais conserve après la combustion 60 à 64 pour 100 de son poids, et le plus souvent sa forme première.

Dans un petit nombre de cas, on ignore si la combustion a été produite par une étincelle, une lumière, des charbons ardents, etc. Les médecins les plus célèbres (Dupuytren, Breschet) et les auteurs de médecine légale (Devergie) considèrent tous les cas dans lesquels un corps a brûlé sans cause externe (une lumière, un charbon, une étincelle) comme incroyables et dénués de preuves. Le docteur Frank, qui, dans sa thèse inaugurale, soutenue à Goettingue, sur la combustion spontanée, en a réuni 45 cas, n'admet la combustion sans intervention d'agents extérieurs que pour trois cas. L'analyse du plus important de ces trois cas nous montrera ce qu'il en faut penser ; il est rapporté par Battaglia, chirurgien à Porto-Bosio.

Un prêtre, nommé Bertholi, va à la foire de Filetto pour ses affaires. Il passe la nuit chez un de ses beaux-frères ; dans sa chambre, il se fit appliquer une serviette entre son épaule et sa chemise, et lorsqu'il fut seul il se mit à lire ses prières. Quelques minutes plus tard, on entend dans sa chambre un bruit extraordinaire, et les personnes accourues le trouvent étendu par terre, entouré d'une flamme légère qui s'éloigne à l'approche du monde, et qui finit par disparaître. La peau du bras droit et les chairs du dos jusqu'aux reins avaient disparu. Les épaules, qui étaient recouvertes par le mouchoir, étaient intactes, ainsi que le mouchoir. Dans toutes les parties du corps brûlées, la chemise avait disparu, et là où les vêtements étaient intacts, le corps était ménagé. Le caleçon et les cuisses ne portaient aucune trace du feu.

Le docteur Marc (*Dict. des sc. nat.*, t. VI, p. 85) accorde une grande importance à ce cas, qui, selon lui, jette un grand

jour sur les causes de la combustion spontanée. Il pense qu'on doit les rechercher dans l'électricité.

A ce fait, qui est le principal argument de la possibilité de la combustion spontanée, s'est attachée l'idée d'un feu tout particulier qui consume la substance animale sans enflammer les substances combustibles environnantes. Marc et P. Frank, qui séparent ce cas des autres, ne font aucune mention de ce qu'observent des narrateurs plus consciencieux ou plus exacts (Devergie, Munke) : c'est que, dans la chambre du prêtre, il y avait une lampe pleine d'huile, qui, après l'accident, fut trouvée vide et la mèche réduite en cendres.

Si l'on considère que le corps était brûlé seulement aux endroits où la chemise l'était, et que partout ailleurs il n'existait aucune trace du feu ; qu'en outre la peau n'était ni brûlée ni carbonisée, mais seulement détachée du corps (elle pendait en lambeaux), tandis que la chemise était brûlée et réduite en cendres, on ne peut pas admettre que le feu ait été communiqué à la chemise par la peau, qui elle-même n'a pas brûlé ; il n'y a donc d'explication possible que celle qui admet que la chemise a pris feu d'abord, et que les brûlures du corps sont la suite de cette combustion superficielle. La présence de la lampe, dont l'huile était consumée, lève tous les doutes sur l'origine du feu.

Quant à cette particularité observée dans des cas de combustion spontanée, à savoir que des objets combustibles ne s'enflammaient pas à côté du corps en combustion, hypothèse d'où l'on partait pour admettre une espèce toute particulière de feu différent du feu ordinaire, l'observation de Battaglia en fournit un exemple. Il raconte que la calotte du curé Bertholi avait complétement brûlé sans avoir le moins du monde atteint les cheveux. Il donne cette particularité comme un fait certain. Si l'on admet que le prêtre avait sa calotte sur sa tête, ce qui est nécessairement supposé par le narrateur (alors si cette calotte avait brûlé sur une chaise, l'état des cheveux n'aurrait pas excité son étonnement), il y a là un effet du hasard, d'où l'on ne peut pas conclure que la calotte ait été consumée par un feu d'une espèce particulière. Quel qu'ait été l'état de santé ou de maladie du prêtre, il est certain que sa calotte ne participait pas à cet état ; elle n'était pas malade, elle ne portait en elle aucune disposition à s'enflammer spontanément, et cette flamme ne différait en rien du feu qui a consumé les cheveux. Ce seul exemple devrait suffire pour prouver l'invraisemblance des faits isolés, pour lesquels on admet qu'il y a eu combustion sans

l'approche du feu. Ces faits d'ailleurs se rapportent à des hommes et non à des femmes.

Le second exemple cité ne mérite pas d'être rapporté par un homme éclairé : car l'individu qui a présenté le phénomène a eu les doigts de la main droite brûlés, et ces doigts communiquèrent le feu par contact à son pantalon et aux doigts de la main gauche ; la flamme ne s'éteignait ni dans le sable ni dans l'eau. Le troisième cas a été observé sur un prêtre en Amérique : il sentit à la cuisse gauche une piqûre, comme si on lui arrachait un cheveu et vit en cet endroit une petite flamme légère qu'il éteignit en la couvrant de ses mains, mais qui laissa une brûlure large de neuf lignes et longue de trois pouces ; les habits étaient consumés à cette place, mais la peau n'était pas brûlée, il n'y avait même pas de phlyctènes ; la peau était comme ratissée, très-sèche et d'une couleur foncée. (Overton, *American Journal*, 1835, nov.) Ce genre de combustion spontanée doit arriver souvent chez les fumeurs de cigares. Tel qu'il est raconté, il ressemble à un *puff* américain. Devergie, en parlant du cas de la couturière Catherine Heinz, de Hambourg, âgée de dix-sept ans, dit (*Dict. de méd. et de chir.*, t. V, p. 575) : « Le mode de guérison des places brûlées détruit toute supposition d'une combustion spontanée. » Le docteur Frank dit du même cas, qu'il partage l'opinion de Kuhn et de Devergie ; il croit que l'hystérique Heinz avait trompé le docteur Friche, personne n'étant présent pendant l'accident. (*Encycl. wôrt.*, vol XXXI. p. 528.) Le cas rapporté dans le *Journal des Débats* du 24 février 1850 est un de ces *canards* qui se reproduisent d'une manière périodique, comme le grand serpent de mer qui a été décrit par tant de voyageurs américains et de matelots et capitaines amis de la vérité.

La supposition d'une inflammation spontanée suivie de combustion est tellement en opposition avec les lois connues de la combustion et la constitution du corps humain, que l'histoire naturelle ne s'est pas occupée de ces données ni de leurs explications. Quant au 45 ou 48 autres cas de combustion spontanée terminée par la mort, les auteurs qui s'en sont occupés n'ont pas supposé que les victimes s'étaient enflammées et avaient brûlé d'elles-mêmes ; mais ils admettent la présence d'une cause externe, à savoir : le feu. Ils disent que le corps s'était enflammé au contact de ce feu, mais qu'ensuite il a continué à brûler sans qu'un foyer externe ait continué à agir sur le corps. Ils conviennent que le corps humain brûle difficilement ; mais les chairs, la peau et les autres parties du corps à la suite de

l'état maladif favorisé par l'abus des alcooliques ou par d'autres causes, peuvent devenir plus combustibles, non pas comme un fagot de bois, qui, abandonné à lui-même, s'éteint, mais comme une botte de paille ou une chandelle, qui, une fois allumées, continuent à brûler jusqu'à ce qu'il n'en reste que de la cendre ou du charbon. Mais de ce qu'il y a cent vingt-cinq ans, quelqu'un a exprimé l'opinion que des hommes peuvent brûler de cette façon, et que cette même opinion, reproduite dans ces derniers temps, a été invoquée dans 48 cas de mort, ce n'est pas là une preuve de la réalité des faits et de la justesse de la théorie.

Ce que l'on sait, c'est par exemple, que telle personne, dans telle ville, tel jour, à telle heure, a été trouvée brûlée ; mais rien ne prouve que la personne ait brûlé d'elle-même. De plus, il n'a jamais été établi qu'il existe un état morbide particulier à la suite duquel le corps acquiert la combustibilité d'une botte de paille.

Pour que cette opinion fût vraie, il faudrait que les bases sur lesquelles elle repose fussent à l'abri de toute espèce de doute, et que les faits eux-mêmes fussent bien prouvés.

Pour démontrer la réalité de la première opinion, il ne suffit pas de prouver qu'un morceau de chair peut acquérir la combustibilité dont nous avons parlé plus haut, mais il faut encore prouver que la combustion a la chair elle-même pour point de départ ; quant à ce qui concerne la seconde opinion, il faut prouver que l'état morbide, et on l'admet, existe en réalité, et que les personnes brûlées se sont trouvées dans cet état.

Rien de tout cela n'a été fait ; mais parmi les partisans de la combustion spontanée, ou parmi les écrivains qui ont tâché d'appuyer et de soutenir cette théorie, personne n'a cherché par des expériences à s'instruire sur le mode d'action du feu sur les matières animales ; personne parmi eux n'a constaté une affection dans laquelle le corps humain devient facilement et rapidement combustible ; personne n'a pu indiquer les symptômes, qui pourraient la faire reconnaître. Ils disent que la possibilité et la réalité de la combustion spontanée sur des hommes vivants ou morts n'est pas en opposition avec l'état actuel des sciences naturelles ; ils ne se croient pas obligés d'expliquer ce qui se passe dans le phénomène de la combustion, ils soutiennent seulement qu'elle a lieu ; les exemples non équivoques de mort militent en faveur de leur théorie. Et d'ailleurs, disent-ils, combien n'y a-t-il pas de phénomènes physiques que la science n'a pas pu expliquer, sans que pour cela ces phénomènes cessent d'être vrais ? Que de forces inconnues dont la chimie ne possède

pas encore la clef! Est-il juste et convenable de rejeter le témoignage de tant d'hommes qui se sont prononcés en faveur de la combustion spontanée, et de les reléguer dans la catégorie des imposteurs et des ignorants, parce qu'on ne partage pas leur opinion ?

Ce ne sont pas là des raisons capables de justifier une théorie; car avec de tels arguments qui s'adaptent à tout, on peut défendre toute espèce de prétention la plus contraire à la raison. Il ne faut pas oublier que personne ne révoque en doute la réalité des cas de mort par combustion, pas plus qu'on ne doute de la vérité d'une quantité de phénomènes non encore expliqués ; le fait existe, l'explication est fausse. Ce que soutiennent les partisans de la théorie, ce n'est pas le fait; le fait est et reste vrai, même sans leur appui ; mais nous n'admettons pas que la mort soit arrivée comme ils le supposent, et qu'elle ne puisse s'expliquer que de cette façon.

Il est donc faux de dire qu'ils ne cherchent pas à expliquer le fait, car ils l'expliquent en prétendant que le corps, devenu combustible, a brûlé de lui-même sans action externe, mais par une cause qui était en lui ; encore faut-il pour accepter cette explication, s'enquérir des principes sur lesquels elle s'appuie, et, quand on a découvert que ceux-ci sont faux et en contradiction avec des vérités reçues, il est impossible d'admettre comme vraie leur manière d'expliquer comment un homme brûle de lui-même. Lorsqu'un médecin déclare qu'un homme est mort par asphyxie ou de pneumonie, il faut croire qu'il a observé les phénomènes morbides qui ont précédé la mort, ou qu'après la mort il a reconnu les signes de l'asphyxie, ou que l'autopsie lui a montré les lésions de la pneumonie ; s'il avait ignoré tout cela, l'homme le plus habile n'aurait pu exprimer une opinion sur la cause de la mort.

L'idée qu'un homme peut brûler de lui-même ne s'appuie pas sur la connaissance de ce qui s'est passé avant l'accident, mais, au contraire, sur l'ignorance de toutes les causes et conditions qui ont précédé et déterminé la combustion.

Supposons qu'un homme meure subitement et qu'une foule de circonstances indiquent qu'il est mort empoisonné; qu'une expertise, autopsie et analyse chimique, soient ordonnées, mais qu'on ne trouve pas de siége d'empoisonnement, et qu'on ne puisse pas prouver la présence du poison. Si, s'appuyant sur ce qu'il existait il y a cent ans, un poison désigné sous le nom d'*aqua tofana*, qui a fait beaucoup de victimes, poison qui échappe à toute recherche et tue sans laisser de traces de son action ; si des experts émettaient l'avis que l'absence de toute

cause appréciable de mort prouve que celle-ci a été donnée par ce poison italien, que dirait un homme sensé d'une pareille assertion ? Que dirait-il si, lorsqu'il demanderait ce que c'est que l'*aqua tofana*, on lui répondait qu'on l'ignore ainsi qu'on ignore beaucoup d'autres choses, mais qu'on ne peut douter de l'*aqua tofana*.

Les personnes qui admettent la mort par combustion spontanée sont dans une position identique à celle de ces experts. On trouve dans une chambre un homme ou une femme morte et brûlée ; des experts sont appelés à faire leur rapport sur l'événement, mais ils ne sont pas en état de prouver quelle est l'origine de l'incendie, ni comment il s'est communiqué au corps ; ils ne peuvent pas expliquer non plus le degré de brûlure et de destruction du corps ; et comme il y a plus de cent ans, on a admis, dans des cas semblables, qu'il y avait combustion spontanée, ou que le corps, s'étant enflammé par une cause extérieure, avait continué à brûler de lui-même, ils classent le cas présent dans la catégorie de ces faits anciennement connus, et l'expliquent comme on a expliqué ceux-là.

Parce qu'ils n'ont pas réussi à trouver la preuve que la mort a été le résultat de causes externes, et que la destruction du corps a été amenée par des matières combustibles du dehors, ignorant les circonstances qui ont précédé la mort, ils concluent à une cause positive dont l'existence n'est rien moins que prouvée, et qui non-seulement est excessivement douteuse, mais en contradiction avec les lois les plus vulgaires de la combustion et de la combustibilité des corps animaux.

Pour expliquer un événement qu'on ne comprend pas, on invoque une cause qu'on ne comprend pas davantage. Au lieu de dire tout simplement que le cas présent est inexplicable et sans analogue, ils prétendent que cette absence est la preuve d'une combustion spontanée. Celle-ci ne peut pas être expliquée, mais cependant elle est vraie, parce que, depuis plus de cent ans, des cas semblables ont été expliqués de la même manière.

Il ne me paraît pas nécessaire d'insister sur l'insuffisance et l'inexactitude d'une pareille conclusion. Les auteurs qui ont défendu la combustion spontanée sont des personnes qui, par leur position ou par leurs occupations, ne sont pas en état de connaître l'action du feu sur les substances animales, et n'ont jamais eu occasion d'en observer les effets.

Les arguments qu'ils adoptent sont puisés dans le cas lui-même, contrairement à toutes les règles de la logique ; la mort et la destruction du corps, dont la cause reste à prouver, sont

pris comme une preuve de la véracité de la cause supposée. Parce que la combustion spontanée existe, les cas arrivés se trouvent expliqués, et ces mêmes cas sont pris comme des preuves de l'existence de la combustion spontanée.

On rapporte comme un argument capital en faveur de la combustion spontanée, que, dans la majorité des cas, la destruction du corps par le feu avait atteint un degré tel, qu'on ne pouvait pas admettre qu'il y eût eu une quantité suffisante de combustible pour la produire ; par conséquent, une cause interne et inhérente au corps a dû y concourir, c'est-à dire que le corps a dû alimenter le feu par son propre volume.

Quant à ce qui concerne le combustible dont on a dit la quantité insuffisante, c'est une supposition très-incertaine ; car le feu, qui est la cause de la mort ou de la brûlure, a la propriété de consumer la matière qui l'alimente, de sorte que celle-ci ne reste pas invariable dans sa forme comme un couteau qui vient de tuer un homme.

Il est donc impossible de juger, après la combustion, quelle était la quantité du combustible qui l'a produite ; car ce qu'il en reste n'est qu'une partie du tout, et la partie qui a disparu est justement celle qui, en se consumant, a agi.

Quant aux auteurs qui défendent la combustion spontanée, quelques égards que l'on ait pour la sincérité des observateurs, il faut, avant tout, prendre en considération le jugement qu'ils portent sur les faits. Or le jugement implique, comme condition indispensable, la possession des connaissances nécessaires : ils doivent savoir ce que c'est que la combustion, ce qui se passe pendant cet acte ; ils doivent avoir l'intention franche d'observer les cas de combustion, ce qui s'y est passé, et tout ce qui peut, en général, expliquer l'événement sans opinion préconçue.

Si l'on juge de la véracité des auteurs qui ont écrit sur la combustion spontanée d'après ce que nous venons de dire, il ne reste, de tout ce qu'ils pensent et de tout ce qu'ils soutiennent, rien, si ce n'est la description d'un cas de mort ou d'un certain nombre de cas de mort par brûlure. J'ai déjà dit qu'aucun auteur n'a assisté aux progrès d'une semblable combustion ; ils puisent les faits qu'ils racontent, soit dans des articles de journaux n'offrant aucune garantie, soit dans les ouvrages d'autres écrivains qui eux-mêmes n'ont observé aucun de ces cas. Tous, sans exception, acceptent l'existence de la combustion spontanée comme une chose certaine ; ce qui les occupe, ce n'est point d'examiner, mais bien de démontrer comment s'est accompli un événement auquel ils n'ont pas pu assister. On recou-

saîtra par là quel degré de confiance méritent ces hommes, et combien ils sont aptes à prononcer un jugement valable sur ces accidents. En général, ils se servent de cas qui ont été racontés par d'autres, et qui n'offrent aucune garantie pour appuyer une théorie de leur invention ; tout ce qui, dans la description des faits, est favorable à leur théorie, est relevé par eux, tandis que tout ce qui la combat ou la contredit est passé sous silence ou considéré comme indifférent. Ils n'examinent pas si la combustion spontanée existe, mais ils se font les avocats de cette doctrine.

On ne doit pas s'étonner que des médecins distingués aient cru, il y a cinquante ou cent ans, à l'existence de la combustion spontanée du corps humain, à une époque où les éléments et la nature de la combustion étaient imparfaitement connus ; mais les propagateurs actuels de cette théorie sont, en grande partie, des hommes qui n'ont par servi la science par des travaux ou des recherches de quelque valeur, dont la force de jugement, la capacité intellectuelle, le don d'observation et les connaissances sont suspects, et dont le nom n'est connu que parce qu'ils se sont faits les champions de cette opinion.

L'assurance avec laquelle beaucoup d'ouvrages de médecine légale racontent les cas connus et exposent les différentes théories de la combustion a eu le grand inconvénient de conduire un grand nombre de médecins instruits, contrairement à leur propre conviction, à respecter l'hypothèse de combustion spontanée, dont ils ne contredisent ni les données ni les théories, de crainte d'être taxés d'hérésie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

# SOCIÉTÉS SAVANTES.

## ACADÉMIE NATIONALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 2 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

### *De la trachéotomie dans l'épilepsie.*

M. Marshal-Hall, dans une lettre adressée à M. Flourens, informe qu'il croit avoir réussi par le moyen du système nerveux diastaltique, à éclaircir, à un certain degré, la question de la nature de l'épilepsie. Je crois avoir tracé, dit-il, dans les cas d'épilepsie d'origine inorganique que les émotions ou les passions et les irritations gastriques, entérique, utérine, etc., agissent, les premières d'une manière directe, les secondes d'une manière réflexe ou diastaltique sur les muscles du cou, et y produisent entre autres effets : 1° la compression des veines ; 2° l'occlusion de la glotte ; 3° la protusion et la morsure de la langue, etc., état que je désigne par le mot *trachélisme*.

Tous ces effets se tracent à l'œil de l'observateur. Or avec la compression des veines s'associent le teint pourpré de la figure, l'engorgement de l'encéphale, des symptômes cérébraux, les vertiges, l'oubli, « le petit mal » enfin, et avec l'occlusion plus ou moins parfaite de la glotte, les symptômes spinaux, les convulsions générales surtout, phénomènes qui constituent « le haut mal. »

Ces contractions spasmodiques des muscles du cou, de la glotte, de la langue et de la mâchoire inférieure ne diffèrent que par leur siége et par la spécialité et la gravité de leurs effets. Restreintes au cou, ces effets ne sont que des symptômes cérébraux ; étendues à la glotte, il y a occlusion de cet organe, et en même temps des efforts violents de respiration, efforts d'expiration surtout, et tout de suite des convulsions générales.

Cette occlusion de la glotte est-elle essentielle au développement de la convulsion ? Je le crois. Il se peut qu'il y ait des affections spasmodiques, hystériques, etc., même jusqu'au tétanos. Mais si la glotte n'est pas fermée, il n'y a pas de vraie convulsion. Donc s'il n'y a pas d'occlusion de la glotte ou, ce qui vient à la même chose, s'il n'y a pas d'interruption à la respiration, ou à ces efforts violents expiratoires. Enfin si l'on pratiquait l'opération de la trachéotomie, il ne pourrait y avoir épilepsie, ou autre forme de convulsion générale. Il ne pourrait y avoir que « le petit mal. »

J'ai attendu bien longtemps l'occasion de mettre cette opinion à l'épreuve de l'expérience. Enfin cette occasion s'est présentée. Un jeune homme de 24 ans, qui avait éprouvé des attaques d'épilepsie tous les deux jours pendant bien longtemps, restait, après des accès de ce genre, affecté d'une stupeur si profonde, si stertoreuse et si apoplectique, qu'il paraissait près d'y succomber. Un de mes amis, M. Cane d'Uxbridge, auquel j'avais communiqué mes idées sur ce sujet, lui a fait l'opération de la trachéotomie, avec le double but de l'arracher à un danger imminent et de prévenir des accès d'épilepsie à l'avenir. Le malade a bientôt repris ses facultés intellectuelles, et pendant deux mois il n'a pas éprouvé une seule attaque d'épilepsie.

*Influence de la variole au dix-huitième siècle.*

M. H. Carnot adresse un travail intitulé : *Étude sur l'influence exercée par la variole au dix-huitième siècle et sur la réaction produite par la vaccine pour servir de rectification à l'ouvrage de Duvillard.*

L'auteur résume ce travail en ces termes :

La variole a toujours eu deux modes d'action et deux modes de transmission, l'un externe, l'autre interne.

La variole a toujours, sous l'une et l'autre forme, choisi ses victimes entre la naissance et l'âge de la stérilité féminine.

Sur 100 décès généraux, pris sur la moyenne d'un demi-siècle, la variole en a toujours causé 24, sous ces deux formes.

Dans les grandes villes dominait la variole interne au dix-huitième siècle. Sous le nom de convulsions dans le premier âge et de fièvre putride dans l'adolescence et la jeunesse, elle causait à peu près le sixième des décès généraux. La variole externe comptait à peine pour le douzième. La proportion était inverse dans les campagnes ; mais le nombre total des victimes différait peu (24 p. 100) : entre les ravages causés par cette épidémie, sous forme apparente ou masquée, il y avait compensation réciproque.

Sur 15 victimes, la variole en enlevait 12 avant l'âge de puberté ; une seule entre 15 et 45, à l'âge de la reproduction. Voilà ce que la vaccine a changé !... Le nombre fatal des condamnés est resté le même, malgré la vaccine ; les convulsions varioleuses ont fait place aux entérites varioleuses !

*Nouvel anesthésique (éther bromhydrique).*

M. Edouard Robin adresse à l'Académie la note suivante sur ce sujet.

La théorie que j'ai développée dans plusieurs de mes notes, dit l'auteur, rangeait l'*éther bromhydrique* parmi les agents qui, même en

présence de l'oxygène humide, protégeant les matières animales contre la combustion lente, sont antiputrides après la mort, et, suivant la dose, sédatifs, antiphlogistiques et poisons asphyxants pendant la vie.

D'après la règle que je m'efforce d'établir, ceux des agents modérateurs de la combustion lente qui appartiennent à cette classe sont nécessairement anesthésiques quand ils pénètrent à dose suffisante dans la circulation.

N'ont-ils de saveur ni âcre ni caustique, ils sont *anesthésiques par inspiration*, si le terme d'ébullition, inférieur à 80°, leur permet de répandre beaucoup de vapeur aux températures ordinaires ; ils ne sont plus qu'*anesthésiques locaux* ou *par application*, si le terme d'ébullition est trop élevé.

L'éther bromhydrique, qui bout à 40°,7, qui n'a de saveur ni âcre ni caustique, qui répand une odeur aromatique assez faible et agréable, réunissait donc les conditions utiles, suivant moi, pour faire un bon anesthésique par inspiration. Aussi n'ai-je pas manqué, il y a plusieurs mois, de le comprendre dans l'énumération que, dans un de mes paquets cachetés, je faisais des agents non encore employés, qui doivent jouir du pouvoir anesthésique par inspiration.

J'était soutenu dans cette manière de voir par ce fait, que l'éther bromhydrique présente une extrême analogie avec l'éther chlorhydrique, dont les propriétés anesthésiques remarquables ont été découvertes par M. Flourens.

Les circonstances m'ayant amené à faire l'étude particulière du premier de ces éthers, je me suis empressé de constater ses propriétés antipudrides et physiologiques ; elles sont bien celles que ma théorie indiquait.

D'une part, les matières animales n'éprouvent aucune altération, c'est-à-dire sont protégées contre la combustion lente, tant dans sa liqueur que dans la vapeur qu'il émet aux températures ordinaires dans un vase fermé.

D'autre part, cette vapeur anesthésie rapidement les oiseaux, ils reprennent facilement l'activité de la vie et ne manifestent ni pendant, ni après l'anesthésie, aucun indice de souffrance. Des oiseaux plusieurs fois mis en expérience, il y a quatre jours, sont maintenant pleins de vie.

L'éther bromhydrique se présente donc jusqu'ici comme devant être mis au nombre des meilleurs anesthésiques par inspiration.

L'éther chlorhydrique de M. Flourens produit une anesthésie qui ne semble précédée d'aucune excitation : c'est un état léthargique succédant à un doux sommeil, le réveil facile n'est suivi d'aucun malaise apparent ; mais le point d'ébullition trop peu élevé de cet éther (11° + 0°) n'en rend l'emploi habituellement particable que dans les pays froids et dans les

saisons froides des climats tempérés. L'éther bromhydrique est pour ainsi dire un autre éther chlorhydrique d'un point d'ébullition différent et convenablement approprié à nos climats.

SÉANCE DU 9 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

*Persistance de la vie dans les membres atteints de la rigidité qu'on appelle cadavérique.*

M. le docteur Brown-Séquard, dans une note sur ce sujet, annonce avoir trouvé que des membres atteints de la roideur qu'on appelle cadavérique ou *post-mortem* peuvent se remontrer parfaitement vivants, c'est-à-dire cesser d'être rigides, réacquérir l'irritabilité musculaire et la sensibilité et se mouvoir par l'action de la volonté.

On sait que James Phillips Kay (*Treatise on asphyxia*, in-8°, Londres 1834) avait déjà vu que des membres ayant perdu l'irritabilité musculaire peuvent la réacquérir sous l'influence d'une injection de sang artériel ou veineux. M. Brown-Séquard dit qu'il y a quelques années, — faisant des recherches sur des animaux tués depuis près d'une heure, pour savoir si l'irritabilité musculaire, après avoir disparu complétement dans des membres privés depuis huit ou dix jours de l'action des nerfs cérébro-spinaux, pouvait reparaître sous l'influence d'une injection de sang dans les artères de ces membres, — il a vu une fois des muscles atteints de la roideur qu'on appelle cadavérique, cesser d'être roides et l'irritabilité musculaire y revenir.

Il a entrepris de nouveau, dans ces derniers temps, des recherches de ce genre, et elles lui ont donné entre autres résultats ceux qui suivent : Sur un cadavre de lapin atteint de rigidité depuis dix à vingt minutes, il a coupé l'aorte et la veine cave dans l'abdomen, un peu au-dessus de la bifurcation de ces vaisseaux. Cela fait, à l'aide d'une petite plume ou d'un tube en verre, il a mis le bout périphérique de ces vaisseaux en rapport avec l'aorte et la veine cave abdominale d'un animal vivant, de même espèce. Le sang de l'animal vivant a circulé aussitôt dans les membres postérieurs du cadavre. Au bout de six à dix minutes, il a vu la rigidité disparaître dans ces membres de cadavre, et deux ou trois minutes après la disparition de la roideur, il y a eu des mouvements quand il a excité les muscles ou les nerfs musculaires. Il ressort de cette expérience que des nerfs et des muscles ayant perdu leur excitabilité peuvent la recouvrer sous l'influence du sang, même après que la rigidité *post-mortem* a existé pendant environ un quart d'heure dans les muscles.

Il a obtenu le même résultat d'une autre expérience plus facile à faire

que la précédente et qu'il a répétée plus souvent. Il coupe en deux, transversalement, un lapin ou un cochon d'Inde, au niveau du bord supérieur des reins, et il ne laisse plus communication entre la moitié antérieure et la moitié postérieure de cet animal, que par l'aorte et la veine cave. Il lie ensuite l'aorte au-dessous de l'origine des rénales. L'irritabilité musculaire diminue peu à peu et fait place à la rigidité de quinze à quarante minutes après la ligature de l'aorte.

Après dix, quinze ou vingt minutes de durée de la rigidité, il lâche la ligature : la circulation se rétablit dans le train postérieur, et il y voit successivement la rigidité disparaître, puis les muscles et les nerfs moteurs redevenir excitables.

Enfin, dans une autre série d'expériences, M. Brown-Séquard a cherché si les mouvements volontaires et la sensibilité pouvaient se remontrer, dans des membres ayant eu la rigidité qu'on trouve chez les cadavres. Voici comment il a fait cette recherche. Il a lié l'aorte immédiatement au-dessous de l'origine des rénales sur des lapins vigoureux. La sensibilité a été perdue en six, huit ou dix minutes dans le train postérieur ; deux minutes après les mouvements volontaires ont cessé ; l'irritabilité a duré un peu moins d'une heure, et la rigidité s'est montrée entre une heure et une heure vingt minutes après la ligature de l'aorte.

Il a laissé durer la rigidité environ un quart d'heure ; puis il a lâché la ligature de l'aorte. La circulation s'est rétablie dans le train postérieur et, avec le sang et par son influence, dans l'espace de dix minutes, l'irritabilité musculaire, l'excitabilité des nerfs moteurs, puis les mouvements volontaires et la sensibilité sont revenus.

M. Brown-Séquard conclut de ces recherches :

1° Que les muscles atteints de cette rigidité qu'on trouve chez les cadavres ne sont pas des muscles morts, et que s'ils n'ont plus la vie *en acte*, ils ont encore la vie *en puissance*, ou en d'autres termes la faculté de vivre ;

2° Que, dans des membres où le sang ne circule plus, des nerfs moteurs et sensitifs, ayant perdu tout pouvoir de réagir suivant leurs aptitudes spéciales quand on les excite, peuvent réacquérir ce pouvoir par l'action de la circulation sanguine ;

3° Que, malgré une durée de dix à vingt minutes de la rigidité cadavérique ou *post-mortem*, des membres peuvent cesser d'être roides, redevenir irritables et retrouver, en outre, la sensibilité et les mouvements volontaires.

SÉANCE DU 16 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

*Théorie de l'épilepsie et des accès en général.*

M. Marshall-Hall communique la note suivante sur la théorie de l'épilepsie et des accès en général.

J'essaye, dit-il, d'assujettir les divers accès des maladies paroxysmales, et surtout de l'épilepsie, aux mêmes lois d'investigation que les autres maladies. Et quoiqu'il ait été dit que l'épilepsie est au-dessus de toute explication physiologique, et que tous les médecins la traitent encore aujourd'hui empiriquement, je ne crains pas de pouvoir ramener cette maladie à la catégorie des choses non entièrement incompréhensibles.

J'ai commencé par séparer entre ces accès ceux qui sont d'origine inorganique, mettant à part les maladies organiques du système nerveux.

Puis j'ai retracé chaque anneau de la chaîne des causes et des effets dans ces accès séparément, pour les réunir et les enchaîner ensuite, par une espèce d'analyse et de synthèse.

Les causes de ces accès sont de nature à agir sur le centre du système spinal, directement ou diastaltiquement; c'est par ce système qu'ils atteignent les muscles du cou, et par les contractions spasmodiques de ces muscles que les veines de cette région deviennent comprimées et congestionnées à leurs racines capillaires; d'où l'engorgement, le ramollissement, la rupture des centres nerveux, et des symptômes paralytiques, apoplectiques, épileptiques. Selon le degré de ces effets, les maladies sont simplement paroxysmales ou permanentes.

Chaque accès laisse après lui une susceptibilité du système spinal augmentée, cause disposante des accès futurs.

J'espère être assez heureux pour restaurer la théorie à sa digne place dans la science de la médecine, et d'y ramener les accès épileptiques et autres, en arrachant cette partie de la médecine du domaine de l'empirisme, où elle a été trop longtemps reléguée.

J'ai associé, avec les attaques d'épilepsie, les accès paralytiques et apoplectiques de forme paroxysmale et plus ou moins évanescente, accès qui se présentent presque journellement au médecin dès que son attention y est rappelée spécialement.

Les accès apoplectiques, paralytiques, épileptiques, ne complétant pas le catalogue de ces maladies, il faut y ajouter la folie, la démence, la paralysie générale, effets plus ou moins prompts ou éloignés de ces accès.

J'ai attaché une importance toute nouvelle à la région du cou, comme

région médicale, importance qui mérite, je crois, d'être signalée par une expression nouvelle ; j'ai choisi celle de *trachélisme*.

SÉANCE DU 23 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

*De l'inutilité de la bile dans la digestion.*

M. Blondlot (de Nancy) adresse un mémoire complémentaire de l'essai sur les fonctions du foie, relatif à l'inutilité de la bile dans la digestion proprement dite.

La bile est-elle un produit entièrement excrémentitiel, ou bien ce fluide a-t-il un rôle essentiel à remplir dans la digestion. Telle est la question que l'auteur s'est surtout proposé de résoudre dans un mémoire publié en 1846, sous le titre de : *Essai sur les fonctions du foie.*

Dans ce travail, l'auteur posait en principe que, contrairement à l'opinion la plus généralement admise, la bile, véritable détritus dont l'économie se débarrasse par la voie des intestins, n'exerce aucune action chimique de quelque importance sur les aliments avec lesquels elle se trouve en contact, et qu'en conséquence elle pourrait cesser d'affluer dans le tube gastro-intestinal, sans que la digestion cessât de s'accomplir assez régulièrement pour l'entretien de la vie. M. Blondlot appelle de nouveau l'attention des physiologistes sur le fait capital de son mémoire, savoir l'établissement sur des animaux vivants de fistules permanentes, amenant au dehors la totalité de la bile dont le conduit normal a été oblitéré.

On se rappelle qu'après un grand nombre de tentatives infructueuses, M. Blondlot est enfin parvenu à établir des fistules de ce genre sur deux chiens. L'un de ces animaux ayant été mis à mort un mois environ après l'opération, on a pu remarquer que la digestion s'était très-bien accomplie, bien que l'occlusion du canal cholédoque fût déjà complète.

Quant à l'autre animal, il a été conservé, afin de poursuivre aussi loin que possible le résultat de l'expérience : c'était une chienne épagneule bâtardée, qui pouvait avoir de 3 à 4 ans à l'époque où elle a été opérée. Amenée à la campagne, elle y vécut en pleine liberté. Sa santé était tellement bonne qu'elle chassait avec ardeur une partie du temps, et que chaque année elle mettait bas des petits. Son appétit était excellent et les selles décolorées. Cependant la bile ne discontinua pas de couler par la fistule avec ses caractères habituels, mais d'une manière en quelque sorte intermittente, c'est-à-dire que quand l'animal était à jeun, à peine s'il en coulait quelques gouttes, tandis que, quelques minutes après l'ingestion des aliments, ce fluide sortait en abondance, et continuait ainsi pendant toute la durée de la digestion.

Cet état de choses dura pendant cinq ans, après quoi l'animal, qui

semblait dépérir depuis quelque temps, finit par succomber, sans présenter aucun incident remarquable.

L'autopsie de l'animal, faite en présence d'une partie des professeurs et des élèves de l'École préparatoire de médecine, a fait constater ce qui suit :

Les organes de la poitrine et de l'abdomen ont été trouvés sains, à l'exception du foie, qui était ratatiné, dur, parsemé à sa surface de points jaunes, et offrait l'aspect des foies affectés de cirrhose.

Des adhérences solides unissaient le bas-fond de la vésicule aux parois abdominales, à l'endroit de la fistule. Du reste, ce réservoir n'était point réduit à un simple canal. Quoique vide, il avait conservé sa cavité piriforme et ses dimensions, ce qui tenait à ce que ses parois étaient considérablement épaissies. Le canal cystique, très-dilaté, semblait faire suite au canal hépatique. A leur point de jonction se voyait très-distinctement l'origine du canal cholédoque, qui se terminait brusquement en cul-de-sac. Ces différents canaux étaient très-dilatés, et leurs parois étaient épaissies. Du côté du duodénum, il n'existait plus le moindre vestige du canal cholédoque, et la dissection la plus minutieuse n'en put faire découvrir rien qui ressemblât à un conduit supplémentaire.

En définitive, toutes les personnes qui assistaient à l'autopsie ont acquis la conviction la plus absolue qu'aucun canal soit naturel, soit accidentel, ne déversait la bile dans l'intestin.

De cette expérience, M. Blondlot conclut que la bile n'a réellement aucun rôle essentiel à remplir dans la digestion : d'où il résulte que ce fluide doit être considéré, selon lui, comme un détritus qui, avant d'être entièrement expulsé de l'organisme, lui rend encore quelques services d'une importance très-secondaire, soit en contribuant, avec les autres fluides muqueux, à émulsionner les matières grasses, soit en protégeant les intestins contre l'âcreté du chyle, dont elle neutralise en partie l'acide, et dont elle favorise la progression par sa nature onctueuse, ce qui suffit, pour expliquer la position constante de son conduit excréteur immédiatement au-dessous de l'estomac.

### *Recherches sur le rétablissement de l'irritabilité musculaire, chez un supplicié.*

M. Brown-Séquard lit, sous ce titre, un mémoire que nous publierons bientôt en entier. Nous nous bornerons en conséquence à signaler le principal résultat obtenu par M. Brown-Séquard. Il a vu que des muscles d'un homme décapité depuis plus de treize heures, ayant cessé d'être irritables depuis au moins deux heures, atteints de la rigidité cadavérique, ont pu, sous l'influence exercée par du sang humain, défi-

briné, injecté dans leurs vaisseaux, cesser d'être rigides et redevenir irritables pendant plusieurs heures.

*Maladies des ouvriers qui s'occupent de la préparation du sulfate de quinine.*

M. Chevallier adresse le complément de ses recherches sur les maladies des ouvriers qui s'occupent de la préparation du sulfate de quinine et sur les moyens de prévenir les maladies auxquelles ces ouvriers sont sujets. Ce travail, qui fait suite au mémoire déposé par M. Chevallier dans la séance du 7 novembre 1850, est destiné au concours pour le prix des arts insalubres.

M. Rivière, médecin à Marseille, adresse sur le même sujet la lettre suivante :

Dans la séance du 6 novembre 1850, l'Académie des sciences a pris connaissance d'un mémoire de M. Chevallier concernant une maladie jusque-là inconnue, qui se manifeste chez les personnes employées dans les ateliers où se manipule en grand le quinquina pour la préparation du sulfate de quinine.

Cette affection se présente quelquefois sous forme d'exanthème et revêt d'autres fois une forme pustuleuse.

Ces éruptions sont produites par le contact prolongé sur la peau de la solution aqueuse ou de la solution alcoolique de quinquina.

Suivant M. Zimmer, fabricant du sulfate de quinine à Francfort, la poussière de quinquina produit quelquefois un véritable accès de fièvre intermittente avec ses périodes de chaleur et de froid.

Une particularité assez singulière notée par le même observateur et sur laquelle je reviendrai, c'est que les malades qui ont eu cet accès de fièvre de quinquina peuvent ensuite s'exposer à la poussière de cette substance sans préjudice de leur santé.

Ces observations m'ont suggéré l'idée de m'enquérir par voie d'expérimentation si les pustules qui apparaissent dans la maladie de quinquina pourraient être transmises par voie d'inoculation, et dans le cas où cette première donnée se réaliserait, étudier le mode de développement de cet agent, de ce virus chez un certain nombre de personnes, et rechercher si cette inoculation ne serait pas une immunité, un préservatif contre les fièvres intermittentes, en soumettant à ce moyen de préservation un grand nombre d'individus choisis dans les contrées où règnent en grand les fièvres paludéennes.

En effet, si d'une part on admet, d'après les faits observés par Zimmer, que les sujets qui ont eu la maladie de quinquina peuvent s'exposer à la poussière de cette substance sans préjudice pour leur santé, et d'autre part, le quinquina étant le spécifique par excellence des fièvres

intermittentes, ne peut-on pas, par induction, penser que les personnes qui ont eu la maladie de quinquina pourraient être préservées des fièvres périodiques?

Si l'expérience venait à donner raison à une idée conçue *à priori*; le vaccin des fièvres intermittentes et peut-être d'autres maladies d'origine paludéenne serait trouvé.

SÉANCE DU 30 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

*Recherches expérimentales sur les modifications imprimées à la température animale par l'introduction, dans l'économie, de différents agents thérapeutiques.*

MM. Aug. Duméril, Demarquay et Lecointe adressent leur quatrième et dernier mémoire sur les *stupéfiants*.

Les auteurs de ce memoire terminent aujourd'hui l'exposé de leurs recherches, en soumettant au jugement de l'Académie les résultats de leurs expériences sur les stupéfiants. Elles ont été nombreuses, en raison de l'importance de cette classe de médicaments au double point de la thérapeutique et de la toxicologie. Ils en ont pratiqué un certain nombre en introduisant directement les substances dans le système veineux. Aussi ont-ils pu dans quelques circonstances, comme ils l'avaient déjà fait pour l'émétique, à l'exemple de M. Flourens, déterminer la rapidité d'action des préparations pharmaceutiques employés.

*Opiacés*. Neuf expériences ont été faites avec le laudanum de Rousseau, l'acétate de morphine et la codéine. Ces substances ont été introduites dans l'estomac ou dans les veines, et le résultat final a toujours été un abaissement de température, lequel a parfois été considérable, et, dans certaines circonstances, s'est produit avec une grande rapidité.

L'*acétate de morphine* a été employé quatre fois : deux fois il a été porté dans l'estomac, et deux fois dans le torrent de la circulation veineuse. Dans le premier mode d'expérimentation, les doses ont été de 0g,20 et de 0g,30 dans 120 grammes d'eau à 35°, et ont déterminé une diminution très-notable de la chaleur propre des animaux : elle est allée jusqu'à 3° dans l'une et dans l'autre expérience. Un des chiens a succombé le lendemain dans la journée, mais l'autre a survécu. Une circonstance importante à noter est la rapidité avec laquelle les effets sur la calorification se sont produits. Ainsi le médicament était introduit dans l'estomac depuis une heure à peine, que déjà le thermomètre avait baissé de 2°,9 dans un cas, et dans l'autre de 2°,3.

Comparativement à ces résultats, deux expériences ont été faites avec 0g,05 et 0g,12, qu'on a injectés dans l'une des veines crurales unis à 60 grammes d'eau à 35°.

Avec 0g,05, on a noté une diminution de 3°, et de 5° avec 0g,12, et

les animaux ne sont morts que le lendemain dans la journée, vingt-quatre à vingt-huit heures environ après le début de l'expérience.

Quant à la durée du temps écoulé entre le moment où l'injection a été pratiquée et celui où la dépression de la température s'est manifestée, on constate qu'elle a été très-courte, car avec 0g 12, l'animal a perdu 1° de chaleur en dix-huit minutes, 3°,2 en quarante-deux minutes, sa température étant tombée de 39°,7 à 36°,5. On voit de plus que 0g,05, ont suffi pour faire descendre le thermomètre de 1°,7 en vingt-cinq minutes, et en cinquante-cinq minutes de 2°,6. L'abaissement a continué ensuite, mais avec plus de lenteur.

Ces faits apportent donc un élément de plus à l'appui des conclusions tirées par Hunter et par différents observateurs, et particulièrement par M. Magendie, des expériences qu'ils ont faites pour démontrer la rapidité souvent surprenante de l'absorption. Mais l'observation capitale qui ressort de plusieurs expériences des auteurs de ce mémoire, et plus spécialement de ces dernières où l'acétate de morphine a été porté dans l'économie par la voie de la circulation veineuse est relatif à ce fait que la substance dont il s'agit a exercé sur les forces de la vie une action assez puissante pour que la température animale, cette manifestation palpable, évidente du jeu normal des organes, ait été profondement modifiée dans un temps très-court.

La *codéine* a été donnée deux fois : la première par l'estomac à la dose de 0g,20. Il y eut d'abord un léger abaissement ; mais bientôt, par suite de la réaction vitale, il y eut une petite élévation, qui, au bout de onze heures, n'avait pas dépassé 1°. La seconde fois, 0g,10 furent injectés dans les veines. Les phénomènes furent parfaitement semblables, mais accompagnées d'effets infiniment plus énergiques. En quarante-cinq minutes, le thermomètre baissa de 3° ; puis, la réaction vitale se manifestant, la température, en onze heures, étant presque revenue à son point initial. L'animal, du reste, se remit parfaitement de ce trouble si grave, mais momentané, de sa calorification.

Trois expériences ont été faites avec le *laudanum de Rousseau*. A deux reprises, il a été porté dans l'estomac à la dose de 4 grammes et une fois à celle de 8 grammes. Avec 4 grammes dans un cas et avec 8 grammes, on a obtenu 2° d'abaissement. Dans la seconde expérience, avec 4 grammes, contrairement aux résultats précédents, la température, restée d'abord stationnaire, s'est élevée de 0°,4 au bout de deux heures, et cette élévation persistant, elle était de 1° à la cinquième heure.

Si donc on laisse de côté ce fait exceptionnel, dont l'explication pourrait être attribuée peut-être soit à la présence dans l'estomac de matières alimentaires qui auraient annulé l'effet du médicament, soit à sa composition un peu complexe, on voit le résultat habituel des pré-

parations opiacées consister en un abaissement de la température. Dans aucune des expériences consignées dans les mémoires précédents, il n'avait été aussi considérable ni aussi prompt.

Parmi les agents thérapeutiques dit stupéfiants, fournis par la famille des *solanées*, les auteurs ont choisi la belladone, le tabac, le *datura stramonium* et la jusquiame.

*Extrait de belladone.* Trois expériences ont été faites avec 0g,20, 4 et 12 grammes. Le résultat final a été une diminution de la température ; elle a varié depuis 0°,2 jusqu'à 1°,3, et cette dernière limite n'a été atteinte qu'avec 12 grammes, dose énorme, si l'on songe aux effets toxiques ordinaires de cette substance, qui, sans avoir déterminé un trouble très considérable dans le jeu des organes, a cependant causé la mort en trente-six à quarante heures. A ce fait et à quelques autres se rattache l'importante question de savoir si les perturbations apportées à l'exercice normal des fonctions sont toujours liées à des modifications de la température, ou si, au contraire, elles peuvent en être indépendantes.

*Atropine.* Ce principe actif de la belladone a été introduit une fois dans l'estomac à la dose de 0g,25 dans 30 grammes d'eau à 35°. Il a déterminé un abaissement de 0°5, dans la première heure ; mais assez promptement la température s'est relevée, et au bout de dix heures elle dépassait de la même quantité son point de départ. Mais si les effets ont été peu marqués dans ce mode d'expérimentation, ils l'ont été bien plus par le mélange direct de la substance avec le sang. La dose injectée fut deux fois de 0g,20 et une fois de 0g,19. Dans une des deux premières expériences, vingt minutes, et dans la seconde quarante minutes étaient à peine écoulées, que déjà une dépression de 2° s'était manifestée. Le troisième chien, quoiqu'il eût reçu, par l'introduction de cet agent toxique, une violente secousse, puisqu'il est mort dans la nuit qui a suivi le jour de l'expérience, n'a pas présenté les mêmes phénomènes. Le refroidissement, en effet, n'a commencé qu'à la quatrième heure et seulement après une élévation de 0°,6 ; mais au bout de dix heures, il était de 3°.

*Tabac.* 8 et 15 grammes, introduits dans l'estomac, ont amené quelques oscillations dans la température, dont le résultat, en définitive, a été une augmention de 0°,6 dans un cas et de 1°,6 dans l'autre.

*Extrait alcoolique de semences de datura stramonium.* Expérimenté aux doses de 1 et 4 grammes, il a déprimé la température de 0°,8 en une heure, à la dose la plus faible, et c'est à la cinquième heure seulement qu'elle est revenue à son chiffre initial. La dépression, dans le second cas, a été de 1°,4 ; elle s'est maintenue la même pendant plus de trois heures, et n'avait pas encore cessé cinq heures après le début de l'expérience. Dans un troisième cas, 1 gramme, au contraire, a dès les

premiers moments produit un peu d'élévation, et on a noté 1°,5 au bout de cinq heures.

*Extrait de jusquiame.* Les effets obtenus n'ont pas été fort tranchés. Dans deux expériences avec 10 et 30 grammes, il y eut d'abord léger abaissement, puis un peu d'accroissement. Une élévation franche de 0°,8 dès l'origine s'est montrée avec 2 grammes ; elle ne s'est produite, au contraire, qu'au bout de quatre heures avec 15 grammes.

En résumé, si l'on excepte le tabac, avec lequel les essais n'ont été ni assez nombreux ni par conséquent assez concluants, et la jusquiame, dont les effets définitifs paraissent être d'exciter la fonction de la calorification, les principaux médicaments de la famille des solanées agissent sur cette fonction à la manière des opiacés, mais avec un peu moins d'énergie. Le trouble qu'ils apportent dans l'économie, et en particulier dans les fonctions du système nerveux, sont cependant bien manifestes. La différence dans l'intensité de leur action, comme modificateurs de la température animale, tiendrait-elle à ce qu'ils exerceraient leur influence sur d'autres points du système nerveux que les opiacés ? Et si, par hypothèse, la production et le maintien de la chaleur dépendent de certaines parties de ce système plutôt que de certaines autres, ne pourrait-on pas chercher peut-être dans cette supposition une explication de la dissemblance dont il s'agit ?

*Cyanure de potassium.* Huit expériences ont été pratiquées : dans cinq d'entre elles, le médicament a été donné à des doses non toxides pour les animaux, mais cependant assez puissantes pour produire dans l'économie de graves désordres, et spécialement de la stupéfaction. Elles furent trois fois de 0g,01 et deux fois de 0g,052. Avec 0g,01, on a noté, au commencement de l'expérience, une faible dépression, et peu de temps après, la réaction vitale l'emportant, le thermomètre est remonté et est revenu à son point de départ, on l'a même dépassé de 1°4 ou de 2°,7 ; 0g,025 ont produit une diminution longtemps prolongée, qui a été jusqu'à 1° dans un cas et jusqu'à 1°,8 dans un autre. Ce n'est qu'au bout de quatre et de sept heures que la température s'est relevée. La mort, précédée de mouvements convulsifs, est arrivée en une demi-heure environ, quand on a porté dans l'estomac 5, 25 et 50 centigrammes, de cet énergique médicament ; mais dans ce court espace de temps, il est survenu un trouble considérable dans la calorification, qui, déprimée dès les premiers instants, a subi un abaissement continu qui n'est pas resté au dessous de 1°, et a atteint, dans une des expériences, 1°,9

Ainsi le cyanure de potassium abaisse la température. Comme pour toute autre substance, l'action déprimante est vaincue par la réaction vitale lorsque les doses sont faibles, et la chaleur augmente alors un peu.

A haute dose, au contraire, l'action déprimande persiste jusqu'à ce que la mort arrive.

*Inoculation de la syphilis.*

M. Auzias-Turenne adresse la lettre suivante :

J'ai eu l'honneur d'annoncer à l'Académie, à la date du 11 novembre de l'année dernière, que je suis parvenu, par des expériences faites sur les animaux, à trouver un mode de vaccination contre la syphilis. J'ai désigné cette vaccination particulière par le mot de *syphilisation*, pour indiquer qu'elle s'obtient en saturant l'économie de virus syphilitique. J'ai ajouté que des observations faites sur l'espèce humaine démontrent la possibilité de *syphiliser* l'homme, c'est-à-dire de le garantir de l'action du virus syphilitique par l'inoculation réitérée de ce virus. C'est une thèse que je n'ai pas cessé de soutenir, en la fortifiant chaque jour de réflexions et de faits nouveaux.

Je sais que, dans ce moment, des expériences sont instituées dans de grands hôpitaux et ont déjà confirmé plusieurs des faits que j'ai annoncés. Néanmoins j'attendrai, pour en informer l'Académie, que les auteurs de ces expériences les jugent eux-mêmes assez complètes pour être dignes de la publicité, et je me borne aujourd'hui, monsieur le président à vous envoyer la substance d'un mémoire intitulé *Syphilisation chez l'homme*, et lu, le 22 mai 1851, à l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Turin, par le docteur Casimire Sperino, membre de cette Académie.

Frappé de la conformité qui existait entre les résultats de ses observations et ceux de mes expériences, M. Sperino entreprit de répéter celles-ci (avec toutes les précautions exigées) sur les femmes confiées à ses soins, dans le Syphilocome ou hôpital des femmes vénériennes de Turin. Son mémoire expose les heureuses conséquences de la *syphilisation*, à laquelle il a soumis cinquante-deux prostituées atteintes de symptômes vénériens primitifs ou constitutionnels plus ou moins graves.

Dans ces cinquante-deux cas, les chancres sont devenus d'autant moins actifs qu'on les multipliait davantage sur la même personne, jusqu'au moment où les femmes étant enfin *syphilisées*, il ne fut plus possible de leur en donner aucun. Il n'y a pas eu d'exception à cette règle.

On a constaté en outre que les chancres serpigineux, les ulcères rebelles de la gorge et du pharynx, les bubons spécifiques déjà fluctuants, les plaques muqueuses et d'autres accidents plus graves, peuvent céder à la puissante action de leur propre virus, convenablement renouvelé. Bien entendu qu'il n'a éte administré aucune préparation mercurielle ou iodurée. La confiance dans cette vaccination, en apparence si singulière, était si bien établie à Turin que plusieurs filles venaient spontanément

prier M. Sperino de les *syphiliser*, soit pour les préserver, soit pour les guérir de la syphilis : « De sorte que, dit M. Sperino, l'innocuité et les « avantages de l'inoculation syphilitique étant maintenant reconnus « par les malades elles mêmes, il arrive assez souvent que quelques-unes « d'entre elles, oubliant la répugnance que leur avaient inspirée les « premiers essais, me prient de les soumettre à la *syphilisation*. » C'est tout au plus s'il y a quelques accidents bien faciles à éviter.

Voici dans quels termes M. Sperino termine sont travail ; « Les fem- « mes *syphilisées* qui ont perdu actuellement la faculté de contracter « une nouvelle infection, conserveront-elles toujours cette immense « privilége, ou bien cette immunité ne durera-t-elle qu'un temps donné ? « La guérison de la syphilis primitive et secondaire sera-t-elle perma- « nente et radicale ? Le temps et les faits, scrupuleusement observés, « pourront seuls résoudre ces grandes questions.

« Ce qui est certain, c'est que toutes les femmes entrées, il y a cinq « mois, au Siphilocome avec des accidents primitifs, et que j'ai saturées « au plus haut dégré de virus syphilitique, non-seulement pas une seule « n'a été jusqu'à présent atteinte de symptômes constitutionnels, mais « encore la santé de chacune d'elles s'est graduellement améliorée, « depuis la période aiguë de la première ulcération artificielle jusqu'à « la fin des expériences dont elle était l'objet.

» Ce qui n'est pas moins certain, c'est que l'inoculation successive du « virus syphilitique fait promptement disparaître les différents symptô- « mes de syphilis primitive et secondaire, et il me semble que des faits « semblables, quoique fort étranges, doivent être pris en grande con- « sidération et étudiés avec un soin tout particulier. »

Les observations de M. Sperino, encore inachevées, ont été dirigées avec une rare sagacité. Ce savant étranger a fait sans doute une part trop large d'éloges à mes expériences; car il m'a suffi d'avoir la patience et d'observer sans idées préconçues, pour trouver la *syphilisation*.

---

## ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 3 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

*Chute de l'utérus traitée par le pincement du vagin.*

M. Desgranges, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse la lettre suivante :

« J'ai l'honneur de déposer, sur le bureau de l'Académie de médecine, trois observations de *chute de l'utérus*, traitée avec un plein succès par le *pincement du vagin*.

« Cette méthode nouvelle se pratique en plaçant sur les parois du vagin de petits instruments qui, par leur forme, leur mode d'action et l'organe auquel ils sont destinés, méritent le nom de *pinces vaginales*.

« Ces pinces s'implantent dans un repli du vagin, le compriment, l'ulcèrent et finissent par tomber du cinquième au dixième jour. Il faut répéter les applications de huit à dix fois, et toujours mettre en place le plus de pinces qu'on pourra, Au début du traitement, j'en ai introduit jusqu'à neuf : plus tard, de six à quatre, et quelquefois une seule en terminant.

» Le traitement, en général, a été de deux mois et demi à trois mois. Jamais il n'a déterminé des accidents sérieux, locaux ou généraux : tout s'est réduit, dans quelques cas, à des malaises sans importance et de courte durée. Jamais également les manœuvres opératoires n'ont été assez douloureuses pour réclamer les bienfaits de l'éthérisation.

» La méthode, chez les trois malades dont je parle, a été *curative*, puisque, sans pessaire ni aucun moyen contentif, elles ont pu marcher, travailler et demeurer exemptes jusqu'ici de toute récidive.

» La première malade que j'ai traitée était une jeune fille de 18 ans, atteinte d'une chute complète de l'utérus, au point que le museau de tanche était à *douze centimètres* de la vulve. A six reprises différentes, je pratiquai la cautérisation du vagin avec le caustique Filhos, guidé en cela par l'excellent mémoire de M. Amussat *sur un nouveau moyen de guérir les rétroversions de l'utérus*. La malade, qui avait obtenu une certaine amélioration, voulut sortir, disant qu'elle était guérie, mais peu de temps après elle rentra pour cause de récidive. Traitée par le *pincement du vagin*, sa guérison ne s'est pas démentie, depuis *six mois* que le traitement est terminé.

» La deuxième malade n'a eu qu'*une seule cautérisation*, et tout le reste du temps elle a été soumise à l'action des pinces vaginales. C'était une fille de 25 ans, portant un prolapsus de *trois centimètres*. Depuis *quatre mois* que son traitement est achevé, la guérison n'a cessé d'être parfaite.

» La troisième malade, âgée de 58 ans, et d'une constitution affaiblie, avait un prolapsus de *sept centimètres*. Elle a été soumise au pincement seul, et même sa faiblesse et son dégoût pour l'hôpital ne m'ont permis de faire que *cinq* applications, quand chez elle j'aurais voulu aller jusqu'à dix. Pourtant, malgré des conditions aussi défavorables, la guérison se maintient encore aujourd'hui, *deux mois* après la suspension d'un traitement *inachevé*.

» Je m'abstiens de citer d'autres faits ; ceux que je possède encore sont de trop fraîche date pour avoir une valeur réelle, incontestable.

» Actuellement, si l'on faisait valoir contre le pincement que j'ai fait

usage aussi de la cautérisation, voici quelle serait ma réponse :

« La première malade, après *six cautérisations*, a eu une récidive immédiate ; la cure radicale n'a été obtenue chez elle qu'après le *pincement*.

« La deuxième malade n'a eu qu'*une seule cautérisation* ; tout le reste du temps elle n'a été traitée que par le *pincement*. Or comment se pourrait-il qu'une seule cautérisation eût donné chez cette malade une cure radicale, quand pratiquée six fois chez la malade précédente, elle n'a procuré qu'une amélioration éphémère ?

» La troisième malade n'a eu que *cinq* applications de pinces, *sans cautérisation*. Donc le pincement du vagin pratiqué cinq fois chez une femme vieille et faible a produit plus d'effet que six cautérisations chez une fille jeune et forte.

« En considération de ces faits, de leur authenticité, et des soins que j'ai mis à rechercher la vérité, j'ose espérer que l'Académie voudra bien accueillir favorablement la méthode dont je revendique la priorité. »

### *De l'empoisonnement par la nicotine.*

M. Orfila lit le mémoire suivant sur l'empoisonnement par la nicotine :

Messieurs,

En déposant sur le bureau de l'Académie un mémoire sur la nicotine, le mardi 20 du mois dernier, je vous ai dit que je ne croyais pas devoir le lire dans la crainte qu'il n'exerçât une influence quelconque sur les débats qui devaient s'ouvrir à Mons huit jours après. Aujourd'hui mes scrupules sont complétement levés, parce que j'ai assisté aux trois premières séances de la cour d'assises du Hainaut, et que j'ai entendu les interrogatoires des accusés et les dépositions de quelques témoins ; mon mémoire, en le supposant publié demain et par conséquent bien avant l'époque où le jugement sera rendu, ne saurait aggraver la situation des accusés, ni donner une arme nouvelle au ministère public. Vous allez voir, en effet, qu'après avoir décrit la nicotine, j'arrive à cette conséquence qu'on peut la déceler facilement dans le canal digestif, dans le foie, dans les poumons et dans tous les organes où elle a été portée après son absorption : or M. de Bocarmé avoue qu'il a préparé de la nicotine, que Gustave Fouguies en a pris une dose notable, et qu'il est mort rapidement ; il ne saurait, par conséquent, contester que M. Stas ait trouvé cet alcali dans le cadavre de son beau-frère. Peu nous importe ici que madame de Bocarmé signale son mari comme étant l'auteur du crime, tandis que celui-ci attribuerait la mort de Gustave à une méprise de sa femme, qui aurait, par mégarde, versé de la nicotine

dans un verre au lieu de vin. C'est au jury à démêler ce qu'il peut y avoir de vrai dans ces assertions ; hommes de science, nous devons nous borner ici à résoudre, autant qu'il dépend de nous, les problèmes chimiques et médicaux qui se rattachent au sujet.

Je crois devoir lire à l'Académie le mémoire textuel, sauf le préambule, que j'ai déposé il y a quinze jours, alors que l'on ne savait que vaguement quelles étaient les principales circonstances que soulèveraient les débats.

L'objet principal de cette lecture est de démontrer :

1° Que l'on peut caractériser la nicotine pure aussi aisément qu'on le fait pour un poison tiré du règne minéral ;

2° Qu'on peut déceler cet alcali dans le canal digestif et affirmer qu'il y existe, alors même que ce canal n'en contiendrait que quelques gouttes ;

3° Qu'il est assez facile de constater sa présence dans le foie et dans les autres organes, après qu'il a été absorbé.

§ I. — *On peut caractériser la nicotine pure aussi facilement qu'on le fait pour un poison tiré du règne minéral.*

La nicotine, découverte en 1809, par l'illustre Vauquelin, fut étudiée en 1828 par MM. Posseit et Beimann, qui la trouvèrent dans différentes espèces de *nicotiana*, dans les *macrophylla rustica* et *glutinosa*. Le tabac de la Havane en contient 2 p. 100, celui de Maryland 2,3, celui de Virginie 6, 9, celui d'Alsace 3, 2, celui du Pas-de-Calais 4, 9, celui du Nord 6,6, et celui du Lot 8. Elle est rangée parmi les alcalis végétaux *volatils naturels* qui ne sont qu'au nombre de trois, savoir, la *conicine* la *théotromine* et elle ; formée uniquement d'hydrogène, de carbone et d'azote, elle peut être représentée par un composé d'un équivalent d'ammoniaque H3 Az et d'un d'hydrogène carboné contenant quatre équivalents d'hydrogène et dix de carbone $H^4 C_{10}$. On l'obtient aujourd'hui par un procédé beaucoup plus simple que celui qui était mis en usage autrefois, et qui consiste à faire arriver la vapeur du tabac dans de l'eau acidulée par de l'acide sulfurique ; il se produit bientôt du sulfate de nicotine que l'on décompose par un alcali puissant ; il suffit ensuite de chauffer assez pour volatiliser la nicotine. Ce mode de préparation indique suffisamment que les fumeurs, en inspirant la fumée du tabac, introduisent dans leur corps une certaine quantité de vapeurs de nicotine.

*Caractères de la nicotine pure.* — Elle est sous forme d'un liquide oléagineux, transparent, incolore, assez fluide, anhydre, d'une densité de 1,048, devenant légèrement jaunâtre avec le temps, et tendant à

brunir et à épaissir par le contact de l'air dont elle absorbe l'oxygène ; son odeur âcre rappelle *peu* celle du tabac, sa saveur est très-brûlante. Elle se volatilise à 250° et laisse un résidu charbonneux ; les vapeurs qu'elle répand offrent *une telle odeur de tabac et sont tellement irritantes*, qu'on respire avec peine dans une pièce où l'on a répandu une goutte de cet alcali. Lorsqu'on approche de cette vapeur une allumette ou une bougie enflammée, elle brûle avec une flamme blanche fuligineuse et laisse du charbon comme le ferait une huile essentielle. *Elle bleuit énergiquement* le papier de tournesol rougi par un acide. Elle est *très-soluble dans l'eau*, dans l'alcool et dans les huiles grasses, ainsi que dans l'*éther*, qui la sépare même facilement d'une dissolution aqueuse. La grande solubilité et le nicotine à la fois dans l'eau et dans l'éther constitue un fait important de son histoire chimique, attendu que la plupart des autres alcalis végétaux, pour ne pas dire tous, s'ils se dissolvent bien dans un de ces liquides, ne sont pas facilement solubles dans l'autre.

La nicotine se combine directement avec les acides en dégageant de la chaleur. L'acide *sulfurique* concentré et pur la colore en rouge vineux à froid. En chauffant, le liquide se trouble et acquiert la couleur lie de vin. Si l'on fait bouillir, il noircit et il se dégage de l'acide sulfureux. Avec l'acide *chlorhydrique* froid, elle répand des vapeurs blanches, comme le ferait l'ammoniaque ; si l'on chauffe, le mélange devient violet d'autant plus foncé, que l'on prolonge davantage l'ébullition. L'acide *azotique* lui communique, à l'aide d'une légère chaleur, une couleur jaune orangée, et il y a dégagement des vapeurs blanches d'acide azotique, puis de vapeurs rouges d'acide hypoazotique ; si l'on chauffe davantage, la liqueur jaunit, et par l'ébullition elle acquiert une couleur rouge, semblable à celle du chlorure de platine ; si l'on prolonge l'ébullition, l'on n'obtient qu'une masse noire. Chauffée avec de l'acide *stéarique*, elle se dissout et forme un *savon* qui se fige par le refroidissement et qui est légèrement soluble dans l'eau et très-soluble dans l'éther à chaud, Au reste, les sels simples de nicotine sont déliquescents et difficilement cristallisables. Les sels doubles qu'elle donne avec différents oxydes métalliques cristallisent mieux.

La dissolution aqueuse de nicotine est incolore, transparente et fortement alcaline ; elle agit sur plusieurs réactifs, comme l'*ammoniaque*; ainsi, elle précipite en blanc le bichlorure de mercure, l'acétate de plomb, le proto et le bichlorure d'étain ; en jaune-serin le chlorure de platine, et le précipité est soluble dans l'eau ; en blanc les sels de zinc, et le précipité se dissout dans un excès de nicotine ; en bleu l'acétate de bioxyde de cuivre ; le précipité gélatineux est soluble dans un excès de nicotine, en formant un acétate double *bleu*, comme le fait l'ammonia-

que avec le même sel. Elle précipite les sels de sexquioxyde de fer en jaune d'ocre, et un excès de nicotine ne dissout pas le précipité. Avec le sulfate de protoxyde de manganèse, elle donne un précipité blanc d'oxyde qui ne tarde pas à brunir par le contact de l'oxygène de l'air. Elle sépare des sels de chrome le bioxyde vert. Le permanganate de potasse rouge est instantanément décoloré par la nicotine comme par l'ammoniaque ; toutefois ce dernier alcali agit plus lentement et doit être employé en plus forte proportion.

Les réactions suivantes peuvent servir à distinguer la dissolution aqueuse de nicotine de l'ammoniaque. Le chlorure d'or fournit un précipité jaune rougeâtre, *très-soluble* dans un excès de nicotine. Le chlorure de cobalt est précipité en bleu qui passe au vert, et qui ne se dissout pas facilement dans un excès de nicotine, tandis que l'ammoniaque dissout le précipité vert et donne un liquide rouge. L'eau *iodée* précipite la dissolution de nicotine en jaune, comme le ferait le chlorure de platine ; avec un excès de nicotine, la couleur devient jaune-paille, et se décolore par l'action de la chaleur. L'ammoniaque, au contraire, décolore immédiatement l'eau iodée sans la troubler. L'acide tannique *pur* donne, avec la nicotine, un précipité blanc abondant. L'ammoniaque, au contraire, ne trouble pas cet acide auquel elle communique une couleur rouge (1).

(1) Il est intéressant de comparer les propriétés physiques et chimiques de la nicotine à celles de la *conicine*. — *Conicine*. Elle est jaune ; *son odeur rappelle celle de l'urine de souris*, et diffère notablement de celle de la nicotine ; elle bleuit fortement le papier de tournesol rougi. Mise dans l'eau agitée, elle *surnage et ne se dissout pas facilement* ; l'éther la dissout très-bien. Chauffée dans une capsule, elle donne des vapeurs blanches, *ayant une forte odeur de céléri* mélangée *d'odeur d'urine de souris*. La teinture d'iode affaiblie fournit un précipité blanc qui prend une teinte olivâtre par un excès de teinture. L'acide sulfurique pur et concentré *ne l'altère pas ;* dès que l'on chauffe, elle acquiert une couleur brune verdâtre ; et si l'on continue, elle devient rouge de sang, puis noire. L'acide azotique lui communique une couleur *topaze*, qui ne change pas par l'action de la chaleur. L'acide chlorhydrique fournit des vapeurs blanches comme avec l'ammoniaque, et la rend violette, surtout en chauffant. L'acide tannique la précipite en blanc, et le chlorure de platine en jaune. Le permanganate de potasse rouge est décoloré à l'instant même. Le sublimé corrosif est précipité en blanc. L'acétate de cuivre donne un précipité gélatineux bleu, moins soluble dans un excès de conicine que ne l'est celui que forme la nicotine avec le même sel. Le chlorure de cobalt se comporte comme le fait la nicotine. Le chlorure d'or donne un précipité jaune clair. *L'acétate neutre de plomb ne fournit aucun précipité* ; le sous-acétate non plus. Le chlorure de zinc donne un précipité blanc gélatineux, soluble dans un excès de conicine. Le sulfate de sesqui-oxyde de fer est précipité en jaune.

Si à ces caractères chimiques, qui permettent de reconnaître si facilement la nicotine, on joint ceux qui se tirent de l'action qu'elle exerce sur l'économie animale, il ne sera plus possible de la confondre avec aucun autre corps. Voici les résultats des expériences que j'ai tentées, en 1842, sur cet alcali, et que j'ai publiées en 1843. (Voy. la 4e éd. de ma *Toxicologie générale*.)

Exp. I. — J'ai appliqué trois gouttes de nicotine sur la langue d'un chien de petite taille, assez robuste; aussitôt après l'animal a éprouvé des vertiges et a uriné; au bout d'une minute, sa respiration était précipitée et haletante; cet état a continué pendant quarante secondes, et alors l'animal est tombé du côté droit et paraissait ivre. Loin d'offrir de la roideur et des mouvements convulsifs, il était affaissé et flasque; toutefois les pattes antérieures offraient un léger tremblement; cinq minutes après l'ingestion du poison, il a poussé des cris plaintifs et a légèrement roidi la tête en la portant un peu en arrière; les pupilles étaient excessivement dilatées, et la respiration calme et nullement accélérée; cet état a duré dix minutes, pendant lesquelles l'animal ne pouvait pas se soutenir sur ses pattes. A dater de ce moment, les accidents ont paru diminuer, et bientôt après on a pu prédire qu'ils ne tarderaient pas à disparaître complétement. Le lendemain l'animal était bien portant.

Exp. II. — J'ai répété cette expérience avec cinq gouttes de nicotine sur un chien de même force; l'animal a éprouvé les mêmes accidents, et il est mort au bout de dix minutes; toutefois pendant quatre minutes il a offert de légers mouvements convulsifs.

Ouverture du cadavre faite le lendemain. — Les membranes du cerveau légèrement injectées, et les vaisseaux qui rampent à leur surface sont gorgés de sang; cette injection se fait surtout remarquer à gauche et à la base du cerveau. Celui-ci, de consistance ordinaire, est légèrement piqueté dans les deux substances qui le composent; les corps striés sont très-injectés, ainsi que le pont de Varole. Les membranes qui enveloppent le cervelet sont encore plus injectées que les autres parties. Il existe entre la première et la deuxième vertèbre cervicale du côté droit, c'est-à-dire du côté où l'animal était tombé, un épanchement de sang assez considérable. Les poumons paraissent à l'état normal. Le cœur, dont les vaisseaux sont gorgés de sang, est grandement distendu, surtout à droite, par des caillots de sang; les oreillettes et le ventricule droit en contiennent beaucoup. Le ventricule gauche n'en renferme pas. Les veines caves supérieure et inférieure et l'aorte sont également

Les mots soulignés établissent les moyens de distinguer la nicotine de la conicine.

distendues par des caillots de sang demi-fluide. La langue est corrodée sur la ligne médiane et vers son tiers postérieur, où l'épithélium s'enlève avec facilité. On trouve dans l'intérieur de l'estomac une matière poisseuse noirâtre et un liquide sanguinolent, qui semble être le résultat d'une exsudation sanguine. Le duodénum est enflammé par plaques ; le reste du canal intestinal paraît sain.

Depuis cette époque, j'ai fait l'expérience suivante, que j'ai souvent répétée avec les mêmes résultats, si ce n'est que, dans certains cas, j'ai trouvé le sang contenu dans les cavités du cœur fluide, même en procédant à la nécropsie immédiatement après la mort ; toutefois ce sang ne tardait pas à se coaguler.

Exp. III. — A onze heures, j'ai fait avaler à un chien de moyenne taille, à jeun, douze gouttes de nicotine. Peu d'instants après, il a éprouvé des vertiges et est tombé sur le côté droit ; il n'a pas tardé à avoir des mouvements convulsifs, d'abord légers, puis assez forts pour constituer un accès tétanique avec opisthotonos ; il était dans un état d'assoupissement remarquable et ne poussait aucun cri. Ses pupilles étaient dilatées; du reste il n'a eu ni selles ni vomissements. Il est mort à onze heures deux minutes. On l'a ouvert immédiatement. L'abdomen et le thorax incisés répandaient *quelquefois* une odeur de tabac très-prononcée. Le cœur contenait une quantité considérable de sang *noir coagulé*. Il y en avait davantage dans l'oreillette et le ventricule droits que dans les gauches. Les poumons paraissaient à l'état normal. L'estomac contenait environ 40 grammes d'un liquide jaune épais spumeux ; on voyait çà et là quelques points de la membrane muqueuse enflammés. L'œsophage, les intestins, le foie, la rate et les reins étaient à l'état normal. On détachait aisement l'épithélium de la langue ; la base de cet organe était rouge et légèrement excoriée. Le cerveau était plus injecté que les méninges ; le pont de Varole était comme dans l'expér. II.

Exp. IV. — J'ai appliqué sur l'œil d'un chien de moyenne taille une goutte de nicotine ; à l'instant même l'animal a éprouvé des vertiges, de l'affaiblissement dans les membres ; une minute après il était couché sur le côté et avait des mouvements convulsifs qui devenaient de plus en plus forts ; la tête était renversée en arrière. Au bout de deux minutes, cessation des convulsions et affaissement extrême. Cinq minutes après l'animal commence à pouvoir se tenir sur ses pattes, mais il ne marche pas. Dix minutes après il est dans le même état, sans avoir vomi ni été à la garde robe. Provoqué à marcher, il fait quelques pas mal assurés ; il vomit environ 100 grammes d'une pâte alimentaire grisâtre. Au bout d'une demi-heure il est dans le même état. On voit qu'il tend à se rétablir. La conjonctive est notablement enflammée et la cornée transparente est opaque dans une assez grande étendue.

§ II. — *On peut déceler la nicotine dans le canal digestif et affirmer qu'elle y existe, alors même que ce canal n'en contiendrait que quelques gouttes.*

J'appellerai particulièrement l'attention de l'Académie sur ce paragraphe ; en effet, je n'ai jamais vu, dans mes nombreuses expériences, les animaux vomir ni aller à la garde-robe (1). S'il en est de même chez l'homme, comme tout porte à le croire, les experts se trouveront donc dans les conditions les plus favorables pour déceler le toxique, puisque le plus souvent il en restera dans ce canal une quantité suffisante pour le reconnaître.

Avant de décrire les deux procédés auxquels j'ai eu recours pour démontrer l'existence de la nicotine dans l'estomac et dans les intestins, ainsi que dans l'œsophage, je dirai que j'ai agi séparément sur les matières liquides ou solides contenues dans ces organes et sur ces organes eux-mêmes.

*Premier procédé.* — On place le contenu de l'estomac et des intestins ou ces organes eux-mêmes dans une proportion assez considérable d'éther sulfurique ; après douze heures de macération, on filtre, l'éther passe tenant en dissolution de la nicotine ; le plus souvent, lorsque les matières sur lesquelles l'éther a agi sont grasses, l'éther tient en dissolution un *savon* composé de nicotine et d'acides gras. Il se peut aussi qu'il renferme de la nicotine non saponifiée. On évapore le liquide éthéré, à une très-douce chaleur, presque jusqu'à siccité. Le produit graisseux et savonneux obtenu n'offre que rarement une réaction alcaline. On l'agite à froid avec de la soude caustique dissoute dans l'eau pour décomposer le savon de nicotine et mettre celle-ci à nu, puis on introduit le tout dans une cornue munie d'un récipient qui plonge dans l'eau froide, on chauffe à feu nu jusqu'à ce qu'il ne reste plus de liquide dans la cornue ; le liquide condensé dans le ballon contient, sinon toute la nicotine, du moins une grande proportion. Il est bon de savoir : 1° qu'à mesure que l'on chauffe la cornue, la matière mousse augmente de volume et passerait infailliblement dans le récipient, si la cornue n'était pas grande relativement au volume du liquide sur lequel on opère ; 2° que même à la température de 100° c. la vapeur d'eau entraîne avec elle une certaine quantité de nicotine, et qu'il faut dès lors agir, autant que possible, en vases clos. A l'aide de ces précautions, le liquide distillé est limpide et incolore ; il suffit de le concentrer au bain-marie jusqu'au sixième à peu près de son volume pour obtenir avec lui toutes les réactions de la nicotine.

(1) Si la vie se prolonge, les animaux vomissent.

*Deuxième procédé.* — La méthode dont je vais parler est évidemment supérieure à la précédente. On fait macérer les matières contenues dans l'estomac et les intestins, ou ces organes eux-mêmes ainsi que l'œsophage, dans de l'eau acidulée par de l'acide sulfurique pur et concentré ; on emploie, par exemple, quatre à cinq gouttes d'acide pour 80 ou 100 grammes d'eau ; au bout de douze heures on filtre ; la liqueur, ordinairement jaunâtre, contient du sulfate de nicotine et une certaine proportion de matière organique. On la fait évaporer au bain-marie, en vases clos, presque jusqu'à siccité ; on la traite par quelques grammes d'eau distillée qui dissout le sulfate de nicotine, laissant indissoute la majeure partie de la matière organique ; on filtre ; on sature la liqueur filtrée par quelques centigrammes de soude ou de potasse pures et solides, afin de s'emparer de l'acide sulfurique et de mettre la nicotine à nu ; on introduit le mélange de sulfate de soude ou de potasse dans une cornue que l'on chauffe à feu nu, comme je l'ai dit en parlant du premier procédé ; on évapore ensuite au bain-marie le liquide distillé afin de concentrer la dissolution de nicotine. Au lieu de distiller la liqueur à feu nu, je l'ai souvent traitée par l'éther, celui-ci décanté et soumis à une évaporation spontanée a laissé la nicotine.

Tout porte à croire que l'on pourrait encore déceler la nicotine par d'autres procédés ; ainsi, en traitant le canal digestif par l'alcool absolu, additionné d'un peu de soude, on la dissoudrait, et par la réaction de la soude on formerait un savon avec la matière grasse, ce qui mettrait la nicotine à nu ; il ne s'agirait plus que de distiller à feu nu, après avoir évaporé jusqu'à siccité. Peut-être aussi la séparerait-on en agissant sur les tissus avec de la potasse ou de la soude pures, en évaporant jusqu'à siccité et en échauffant en vases clos et à feu nu.

§ III. — *Il est assez facile de constater la présence de la nicotine dans le foie et dans les autres organes après qu'elle a été absorbée.*

En 1839, lorsque j'ai démontré que les poisons, après avoir été absorbés, pouvaient être extraits des organes où ils avaient été portés avec le sang, j'ai tant insisté sur la nécessité où se trouveraient désormais les experts d'aller chercher les toxiques dans ces organes, qu'il est aujourd'hui de pratique habituelle de procéder ainsi. Combien de fois n'arrive-t-il pas, en effet, que par suite de vomissements réitérés ou de selles fréquentes, et aussi parce que l'absorption a été complète, il ne reste rien, plus de trace de toxique dans le canal digestif. D'ailleurs ne voit-on pas qu'en retirant le poison des organes où il a été porté on recueille en réalité la portion du toxique qui a *tué*, à moins qu'il ne soit démontré que celui-ci n'est arrivé dans ces organes qu'après la mort, et

par suite d'une imbibition cadavérique. M. Stas s'est conformé à ce précepte, et il a bien fait. De mon côté je ne pouvais pas, dans mes recherches, négliger cette source féconde d'exploration.

Les foies des animaux que j'avais empoisonnés avec douze ou quinze gouttes de nicotine, soumis à l'un ou à l'autre des procédés que j'ai décrits, m'ont fourni des quantités appréciables de cet alcali. J'en ai à peine obtenu du sang contenu dans le cœur ; mais je n'avais opéré que sur quelques grammes. D'ailleurs, l'expérience apprend qu'un grand nombre de toxiques absorbés abandonnent rapidement le sang pour se porter sur les organes, et notamment dans le foie.

On concevra sans peine que la recherche de la nicotine *absorbée*, pourrait bien être infructueuse dans les cas où la mort n'aurait été déterminée que par un petit nombre de gouttes de ce corps ; mais alors la présence de cet alcali sera constatée dans le canal digestif.

Messieurs, après des résultats tels que ceux qui ont été obtenus par M. Stas et moi, la société peut être rassurée. Sans doute, les criminels intelligents et habiles, dans le dessein de dérouter les experts, auront quelquefois recours à des toxiques très-actifs, peu connus du vulgaire et difficiles à reconnaître, mais la science veille et ne tarde pas à planer sur toutes les difficultés : pénétrant jusqu'à la profondeur de nos organes, elle en extrait la preuve du crime, et fournit un des plus grands éléments de conviction contre les coupables. Ne savons-nous pas qu'en ce moment, les empoisonnements par la morphine, la strychnine, la conicine, l'acide cyanhydrique, et par tant d'autres substances végétales que l'on croyait inaccessibles à nos moyens d'investigation, peuvent être décelés et reconnus de manière à pouvoir être parfaitement caractérisés ?

Pendant mon séjour à Mons, et par conséquent depuis le dépôt de ce mémoire, j'ai eu à ma disposition le rapport si complet et si remarquable de M. Stas, et j'ai pu m'assurer :

1° Que ce savant a retiré de la nicotine de la langue, de l'estomac et des liquides contenus dans celui-ci, ainsi que du foie et des poumons de Gustave Fougnies ;

2° Qu'il en a également obtenu en traitant convenablement des planches du parquet de la salle à manger où Gustave était mort, quoique ces planches eussent été lavées, avec de l'eau chaude, de l'huile et du savon.

On a cherché à diminuer le mérite de la belle expertise de M. Stas, en disant qu'il avait été mis sur la voie par le juge d'instruction, lequel lui aurait annoncé que Bocarmé travaillait sur le tabac et sur la nicotine. Voici la vérité : lorsque M. Stas a reçu cette indication précieuse, il était déjà parvenu à reconnaître que le toxique introduit dans l'estomac de

Fougnies n'était ni de l'acide sulfurique, comme on l'avait d'abord supposé, ni de l'acide acétique, comme l'expert lui-même l'avait cru pendant quelques jours, mais bien de la conicine ou de la nicotine.

Si maintenant j'établis un parallèle entre les procédés dont je viens de donner la description et celui qui a été mis en pratique par M. Stas pour extraire la nicotine du corps de Fougnies, on verra qu'à peu de nuances près, la marche adoptée par le savant belge est analogue à celle que j'ai suivie dans mon procédé décrit dans le n° 2. En effet, j'acidule la liqueur suspecte par des traces d'acide sulfurique ; M. Stas obtient le même résultat avec l'acide oxalique. Lequel de ces deux acides est préférable, et doit-on craindre, comme le pense M. Stas, que l'acide sulfurique ne décompose une partie de la nicotine ! Je ne le crois pas, lorsque je songe au degré de dilution de l'acide que j'emploie, et qui est composé de trois à quatre gouttes d'acide sulfurique et de 150 à 200 grammes d'eau.

La liqueur suspecte une fois acidulée, je l'évapore au bain-marie pour coaguler et séparer une grande partie de la matière organique qu'elle renferme. M. Stas agit de même, si ce n'est qu'il a souvent aussi recours à l'alcool pour obtenir le même résultat. Après avoir filtré les liqueurs, nous les rendons alcalines, lui par la potasse, moi par la soude.

Ces liqueurs ainsi rendues alcalines sont soumises à l'action de l'éther par M. Stas, dans le but de dissoudre la nicotine et de l'obtenir par l'évaporation de l'éther. J'agis de même ; dans certaines circonstances cependant, au lieu de traiter par l'éther, j'ai décomposé le liquide alcalin en vases clos, à feu nu, et la nicotine s'est condensée dans le récipient.

Je ne terminerai pas cette lecture sans faire observer que nous étions placés, M. Stas et moi, dans des conditions fort différentes, j'expérimentais sur des animaux auxquels j'avais administré de la nicotine ; je savais que leurs organes pouvaient en contenir, et je voulais prouver qu'ils en renfermaient en réalité ; je n'avais donc pas besoin, pour atteindre le but, de prendre ces précautions minutieuses et savantes qui ont été prises par M. Stas pour ne pas perdre un atome de matière, alors que lui cherchait l'inconnu ; ainsi, dans son travail, presque toujours les évaporations ont été faites dans le vide ou dans des appareils assez compliqués, au milieu d'un courant de gaz hydrogène. Lorsqu'on songe à la facilité avec laquelle les substances organiques sont altérées par la chaleur, par l'air, etc., on ne pourra qu'applaudir à la marche suivie par le professeur de Bruxelles, et l'on devra le prendre pour modèle toutes les fois qu'il s'agira d'une expertise médico-légale ayant pour objet la recherche des poisons végétaux ; les liqueurs suspectes, ainsi

que je l'ai recommandé dans mes ouvrages, devront surtout être évaporées dans le vide.

Je crois devoir dire, dans l'intérêt de la vérité, que je n'avais aucune connaissance du travail de M. Stas, lorsque j'ai déposé mon mémoire, pas plus qu'il ne savait ce que j'avais fait. Voici comment s'exprimait le professeur belge dans une lettre qu'il m'écrivait le 18 mai dernier, deux jours avant le dépôt de l'ecrit dont je viens de donner lecture à l'Académie : Chose étrange ! personne ne connaît mon travail, et tout le » monde me présente des objections, tout le monde me critique. Je » comprends qu'au fond de tout cela il n'y a qu'un sentiment d'indul- » gence en faveur des accusés, sentiment que je ne blâme pas, mais qui » ne m'inspire pas moins de tristes réflexions sur la faiblesse de l'esprit » humain. »

— M. O. Henry donne de nouveau lecture du rapport que M. Caventou a lu en son nom dans la précédente séance sur la source minérale sulfureuse récement découverte à Batignolles (près Paris). M. le rapporteur conclut en proposant à l'Académie d'inviter la commission des eaux minérales à se transporter sur les lieux pour se livrer à un nouvel examen.

Après quelques observations échangées entre les membres de la commission, cette proposition est adoptée.

*De l'alcalinité du sérum du sang chez l'homme.*

M. Lecanu lit, en son nom et celui de MM. Martin-Solon et Caventou, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Cahen, ayant pour titre : *Recherches expérimentales sur l'alcalinité du sérum du sang de l'homme.*

L'auteur s'est proposé, dans ce mémoire, de rechercher si la proportion de l'élément alcalin se maintient dans le sang pathologique ce qu'elle est dans le sang normal.

Des expériences de M. Cahen, il est résulté :

1° Que le sérum d'individus sains ramène bien plus complétement au bleu le papier rouge de tournesol que ne le fait celui d'individus affectés de phlegmasies ;

2° Que 100 volumes de sérum sain exigent par leur neutralisation, de 15 à 16 volumes d'un mélange, en poids, de 99 parties d'eau distillee et d'une partie d'acide phosphorique très-hydraté, tandis que 100 volumes de sérum pathologique n'en exigent que 10 volumes, c'est-à-dire un tiers en moins.

Dans le seul cas de fièvre typhoïde qu'il ait eu l'occasion d'étudier, l'auteur a vu, au contraire, la proportion d'alcali augmenter à ce point

qu'il fallut, pour amener la neutralisation du sérum, porter à 20 le nombre des volumes de liqueur acide ajoutée.

En rapprochant le fait observé par lui de la diminution proportionnelle de l'alcali dans le sérum d'individus atteints de maladies inflammatoires, du fait antérieurement constaté de la diminution, dans le sang de ces mêmes individus, de la proportion de l'eau, M. Cahen a naturellement et rationnellement été conduit à conclure que dans ces sortes d'affections le sang se trouvait perdre une portion notable d'alcali.

D'un autre côté, en considérant que, d'après Berzélius, MM. Denis, Muller, Liebig, etc., l'albumine et la fibrine constitueraient de véritables isomères, des matières formées des mêmes éléments, en mêmes proportions, mais tellement associées que certaines de leurs propriétés seraient modifiées, et aussi, d'après M. Denis principalement, que l'albumine solide dissoute dans l'eau chargée de substances alcalines en petites proportions peut, sous des influences diverses, se déposer en une matière qu'il est impossible de distinguer de la fibrine, contrairement à ce qui a lieu quand le liquide tient en dissolution une forte proportion d'alcali ; le même expérimenteur a émis l'opinion que la disparition d'une portion de l'alcali dans le sang inflammatoire y favorisait la transformation isomérique de l'albumine en fibrine, par suite y devenait la cause principale, sinon unique, de la production d'une couenne inflammatoire, d'un caillot plus consistant, etc.

Les commissaires sont d'avis que les expériences de M. Cahen démontrent la diminution de la proportion de l'alcali dans le sang, à la suite des maladies inflammatoires, soit que d'ailleurs elle ait lieu sous l'influence de causes de nature à prévenir l'introduction des alcalis dans le torrent circulatoire, à surexciter les organes sécréteurs de manière à amener son élimination anormale, ou encore à augmenter anormalement la proportion des autres éléments ; ils pensent aussi qu'on ne peut guère se refuser à admettre avec lui que cette circonstance peut et doit exercer une influence considérable sur la production de la couenne dite inflammatoire sur l'augmentation de consistance du caillot qui coïncident avec elle.

Quant aux indications thérapeutiques qu'il serait possible de tirer des résultats de ses intéressantes recherches, les commissaires imitent la réserve de l'auteur qui s'est contenté d'en indiquer quelques-unes.

En résumé, les commissaires pensent que le mémoire de M. Cahen est très-digne d'attention ; ils demandent en conséquence le renvoi au comité de publication. (Adopté.)

*Ligature de l'iliaque externe.*

M. Labat présente une pièce anatomique provenant de l'ouverture

d'un sujet opéré il y a vingt-cinq ou vingt-six ans pour un anévrisme au pli de l'aine gauche. M. Cloquet lui pratiqua la ligature de l'artère iliaque externe par le procédé d'A. Cooper.

Guillaume Goupy (c'est le nom du malade), âgé de 62 ans, charretier, entra le 6 octobre 1850 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Gendrin, pour y être traité d'un emphysème pulmonaire. Il fut emporté subitement par un accès d'asthme le 24 octobre. Quelques jours auparavant il avait raconté son opération, laquelle avait été suivie d'un succès complet, car il n'existait pas de différence appréciable entre les deux membres abdominaux sous le rapport des fonctions plastiques et locomotrices.

La pièce anatomique présente particulièrement les circonstances suivantes :

1° Le mode d'oblitération de l'iliaque externe. Elle est changée en un cordon dans lequel à l'état frais il était facile de constater la présence d'une matière fibrineuse molle et non d'un tissu fibreux. (Fait d'accord avec les idées soutenues dans la thèse de M. Notta.)

2° L'état du sac anévrismal et des parties voisines. Le sac est transformé en un petit noyau fibreux, au devant duquel se trouvait une plaque fibreuse épaisse, adhérente à tous les organes voisins ; la fémorale est oblitérée au-dessus et au-dessous du sac.

3° La persistance du calibre de la fémorale au niveau du pli de l'aine dans une étendue de 2 centimètres environ. (Disposition signalée par A. Cooper et Hogdson.)

4° L'existence de larges anastomoses pour le rétablissement de la circulation. L'hypogastrique gauche est aussi volumineuse que le tronc de l'iliaque primitive du côté opposé. — Les principales anastomoses s'opéraient entre la mammaire interne et l'épigastrique, la quatrième lombaire et la circonflexe iliaque, l'obturatrice et la circonflexe interne, la fessière et la circonflexe externe, l'ischiatique et la fémorale profonde.

5° Le développement anomal de quelques branches surnuméraires, en particulier d'une branche musculaire externe, aussi volumineuse que la circonflexe iliaque.

(Commissaires, MM. J. Cloquet et Robert.)

### *Propriétés thérapeutiques de l'ipéca.*

M. Delioux lit un extrait d'un mémoire sur l'ipéca.

Ce mémoire est divisé en trois parties. Dans la première, l'auteur établit, par des expériences sur l'homme et sur les animaux, les caractères positifs de l'action topique de l'ipéca ; dans la deuxième et la troisième partie, il étudie cliniquement son action dynamique, en l'appli-

quant particulièrement au traitement de la dyssenterie et de la pleuropneumonie.

Des expériences et des observations consignées dans ce mémoire, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° L'action topique de l'ipéca est irritante, mais non d'une manière égale sur tous les tissus, et toutes les préparations de ce médicament ne sont pas non plus irritantes au même degré.

2° L'action dynamique de l'ipéca est indépendante de son action topique ; quand on l'administre à l'intérieur, son action topique irritante étant non-seulement inutile, mais nuisible à la réalisation des effets thérapeutiques que l'on veut obtenir, il est bon de l'éviter ; dans l'emploi externe, au contraire, il peut être utile de la provoquer.

3° L'action dynamique de l'ipéca est sédative et altérante.

4° Des faits nombreux et irrécusables attestent l'efficacité de ce médicament dans la dyssenterie.

5° Son influence n'est pas moins puissante sur les lésions des organes respiratoires, et il paraît appelé à prendre un rang important dans le traitement de la pleuropneumonie.

(Commissaires, MM. Pâtissier, Guibourt et Desportes.)

SÉANCE DU 10 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

*Du sulfate de strychnine dans les excrétions involontaires.*

M. Girard, médecin de l'asile d'aliénés d'Auxerre, appelle l'attention de l'Académie sur l'emploi du sulfate de strychnine comme moyen de combattre les excrétions involontaires chez les aliénés. Voici de quelle manière il l'administre :

2 centigr. de ce sel sont d'abord dissous dans 30 grammes de sirop de sucre ; on le donne au malade à la dose de 5 grammes, puis de 7, et successivement jusqu'à 30 à 40 grammes dans certains cas réfractaires. Sur les malades auxquels M. Girard a donné ce sel, il n'a point observé de congestion cérébrale proprement dite, occasionnée par cette médication prudemment expérimentée. Toutefois, en poussant exceptionnellement sur trois d'entre eux la dose jusqu'à 100 grammes, il a déterminé quelques mouvements convulsifs que la cessation de médicament et des bains tièdes ont promptement dissipés.

*Compression de l'aorte abdominale contre les pertes utérines.*

M. Villeneuve lit un rapport sur une communication de M. le docteur Plouviez (de Lille) sur ce sujet.

M. Plouviez rapporte dans ce travail un fait intéressant de compression de l'aorte abdominale que M. le rapporteur reproduit à peu près en ces termes :

Une femme de 23 ans, accouchée heureusement de son troisième enfant, avait été bien portante jusqu'au dixième jour de l'accouchement, lorsqu'il survint à cette époque plusieurs métrorrhagies qui furent suspendues par le tamponnement, les affusions froides, etc. Mais le lendemain, nouvelle hémorrhagie tellement violente que la vie était gravement compromise. M. Plouviez pratiqua aussitôt la compression de l'aorte vers l'angle sacro-vertébral, et immédiatement le sang cessa de couler. Pendant cette compression, qui dura quarante-cinq minutes, les hémostatiques indiqués plus haut furent de nouveau mis en usage, et tout faisait espérer que l'accident ne se reproduirait plus. Cependant, six jours après survint une nouvelle hémorrhagie, suivie d'une telle syncope, que les assistants regardaient cette femme comme morte. Après trois quarts d'heure de la compression aortique, la malade donne quelques signes d'existence qui disparaissent bientôt, malgré la cessation de l'hémorrhagie dont on prévient le retour en prolongeant la compression pendant plusieurs heures. M. Plouviez se disposait à pratiquer la transfusion, lorsqu'une lueur de réaction s'étant fait apercevoir, il ramena à l'aide de bouillons et de potages la vie près de s'éteindre.

A l'occasion de ce fait, M. le rapporteur reproduit le conseil qu'il a mentionné dans un dernier rapport, et à l'appui duquel il invoque l'autorité de M. Piorry, de placer horizontalement la personne atteinte d'hémorrhagie, et même le bassin plus élevé que la tête. Par ce moyen, secondé par les ligatures placées à la partie supérieure de chaque bras, on peut prévenir ou modérer la syncope et diminuer l'effusion du sang.

M. le rapporteur propose d'adresser à M. Plouviez une lettre de félicitation pour la conduite qu'il a tenue dans le cas périlleux dont il s'agit, et des remercîments pour sa communication. (Adopté.)

*Sur quelques variétés de forme et quelques vices de conformation du bassin.*

M. Lenoir, candidat à la place vacante dans la section d'accouchements, lit un mémoire sur quelques variétés de forme et quelques vices de conformation du bassin de la femme adulte, généralement omis dans les traités d'accouchements publiés en France.

Le bassin de la femme adulte et de race caucasique ne présente pas, suivant M. Lenoir, chez tous les sujets, la forme et les dimensions qu'on décrit généralement comme étant celles du bassin normal. Le profes-

seur Nægelé rapporte que sur cinquante bassins de femmes qui paraissaient bien conformées, et dont aucune n'avait eu d'accouchements difficile, il n'en put trouver un seul qui lui parût propre à la description du bassin régulier. La même observation a été faite par un autre accoucheur. M. Lenoir a consacré ce mémoire à l'étude de ces altérations plus ou moins prononcées de la forme du bassin qu'on est convenu d'appeler *normal*. Il étudie successivement d'abord les altérations du bassin qui n'ont rien de nuisible pour l'individu qui les porte, et qu'il désigne sous le nom de variétés de forme ou d'anomalies; puis celles qui rendent difficile ou impossible l'accomplissement de la fonction de la parturition par les voies naturelles, ou s'opposent au libre exercice des organes de la génération et constituent une difformité ou vice de conformation.

Les premières sont ramenées aux cinq types suivants : le bassin en cœur de carte à jouer, le bassin ovale transversalement, le bassin rond, le bassin en forme de coin ou cunéiforme ou bassin ovale d'avant en arrière, et le bassin carré ou quadrilatère.

Pour les vices de conformation, M. Lenoir, admettant avec quelques auteurs que le bassin ne peut jamais être vicié que dans sa forme et dans sa direction, fait deux grandes divisions : aux vices de la forme, il conserve le nom de vices de conformation; aux vices de la direction, il donne le nom de *déviations*.

Mais, prenant plus en considération qu'on ne l'a fait jusqu'à présent la nature même des causes qui produisent les vices de conformation du bassin, il est amené à faire dans la première division deux groupes distincts l'un de l'autre par l'époque à laquelle l'altération de la forme s'est développée; ainsi sous le titre de malformation du bassin, il range tous les vices de conformation de cette cavité qui s'effectuent pendant la vie intra-utérine par suite d'un trouble survenu dans le cours du développement normal et ceux qui surviennent après la naissance, mais sous l'influence d'une altération originelle. Il rapporte à ce groupe : 1° le bassin régulièrement trop grand; 2° le bassin régulièrement trop étroit; 3° le bassin en entonnoir; 4° le bassin trop haut; 5° le bassin trop bas; 6° le bassin oblique ovalaire.

Et, sous le titre de déformation du bassin, il réunit tous les vices de conformation de cette cavité qui, survenus après la naissance, reconnaissent pour cause une altération pathologique des os qui la forment; telles sont : 1° les déformations rachitiques; 2° la déformation par ostéomalaire; 3° les déformations par tumeurs de diverse nature développées dans les parois de l'excavation, y compris celles qui sont produites par des cals difformes ou par des déplacements d'os voisins.

Enfin, sous le titre de déviations du bassin, il décrit les diverses

inclinaisons vicieuses de cette cavité, lesquelles coexistent fréquemment avec les autres vices de conformation et tiennent par conséquent aux mêmes causes qu'elles, et constituent ainsi la seconde grande division.

(Commis., MM. Moreau et Danyau.)

SÉANCE DU 17 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

*Nicotine.*

M. Barral adresse une note sur l'histoire de la nicotine, à propos du mémoire lu par M. Orfila, dans la séance du 3 juin dernier.

M. Barral se plaint, dans cette lettre, de ce que M. Orfila, en faisant l'histoire de la nicotine, ait omis de mentionner les noms des auteurs qui s'en sont le plus occupés, tel que MM. Melsens, Schlvessing et lui-même. Il rappelle que c'est lui qui a préparé le premier de la nicotine pure; il en a fait connaître la composition, décrit les caractères, et constaté les propriétés toxiques, ainsi que le constate le mémoire présenté par lui à l'Académie des sciences le 31 janvier 1842 et dont il envoie un exemplaire à l'Académie.

M. Orfila répond que le principal objet de son mémoire était de démontrer que la nicotine est absorbée et qu'on peut la déceler dans l'estomac, dans le foie, dans la rate, les poumons, etc. Son intention n'a jamais été de faire un historique complet de la nicotine, comprenant son mode de préparation, son analyse, les proportions dans lesquelles elle est contenue dans les divers tabacs. Il connaissait les travaux de MM. Barral, Melsens, Schlvessing; le mémoire publié en 1836 par MM. Boutron-Charlard et O. Henri, il est vrai, lui était inconnu; aussi s'est-il empressé de le citer dans le manuscrit qui sera imprimé dans le *Bulletin* de l'Académie. Il termine en disant qu'à l'exception de M. Stas, dont on ne connaissait pas encore le travail, personne avant lui n'avait fait connaître d'une manière aussi complète les propriétés chimiques de la nicotine.

*Avantages des bougies tortillées en spirale dans les rétrécissements de l'urètre.*

M. Leroy-d'Étiolles adresse la lettre suivante :

J'ai l'honneur de soumettre à l'Académie une nouvelle série de faits qui démontrent les avantages des bougies tortillées en spirale dans les rétrécissements de l'urètre très-difficiles à franchir.

Je rappellerai brièvement que différents moyens ont été proposés pour surmonter les obstacles produits par les rétrécissements qui ont

presque complétement oblitéré l'urètre ou qui lui ont imprimé de brusques déviations en zigzag à travers lesquels l'urine filtre encore, mais que ne peuvent franchir les sondes et les bougies ordinaires.

La distension par un liquide de la partie de l'urètre antérieure au rétrécissement, combinée avec les tentatives d'introduction d'une bougie fine proposée par Tyre et Sœmmering, les injections forcées de M. Amussat, les conducteurs de bougies à ouverture excentrique d'Arnott et de Ducamp, le faisceau de bougies fines indépendantes poussées l'une après l'autre proposé par Beniqué et M. Amussat, sont d'une application plus difficile que la manœuvre si simple du tortillement des bougies et ne réussissent pas à beaucoup près aussi bien à remplir cette première condition essentielle du traitement, c'est-à-dire à franchir l'obstacle.

Je ne parle pas du cathétérisme forcé avec les sondes métalliques soit coniques, soit cylindriques, grosses ou petites; c'est une ressource ultime dont les bougies tortillées doivent encore diminuer les applications.

Déjà, dans mon *Traité des rétrécissements ou angusties* publié en 1845, j'ai inséré une vingtaine de faits qui démontrent l'importance de cette minutie ; je prie l'Académie de me permettre de lui en adresser une nouvelle série, afin d'attirer sur ce point l'attention des médecins. Ces faits sont au nombre de cinquante-trois. Je n'ai pas relaté tous ceux que j'ai rencontrés, j'ai choisi de préférence ceux qui ont eu les médecins pour témoins afin de leur donner plus d'authenticité ; au surplus, les occasions de vérifier les bons effets de la manœuvre que j'ai indiquée ne sont pas rares, et chacun par sa propre expérience peut en acquérir la conviction. Il n'est pas nécessaire d'avoir des instruments fabriqués *ad hoc*, il suffit de prendre une petite bougie fine de gomme ou de gutta-percha, de l'enrouler autour d'une grosse épingle ou de toute autre tige cylindrique et de l'y tenir fixée pendant une ou deux minutes ; la forme de spirale qu'elle conserve permet au chirurgien de rencontrer l'ouverture excentrique de l'angustie et d'en suivre les sinuosités, il est bon de varier les courbes de la spirale et les formes du crochet qui la termine. La bougie tortillée demande pour son application beaucoup de légèreté de main et de patience ; ce n'est parfois qu'après une demi-heure de tentative qu'il est possible de la faire pénétrer.

Ordinairement l'urine peut couler à côté de la petite bougie; alors l'indication est de la laisser à demeure pendant vingt-quatre heures et de la faire suivre immédiatement d'une plus grosse sans interruption, car autrement les difficultés se reproduiraient peut-être aussi grandes qu'à la première introduction.

Un médecin étranger habitant Paris présente au public comme lui appartenant les deux procédés de bougie tortillée et de la bougie explo-

ratrice à boule ; cette prétention mal fondée prouve que ces deux idées, d'une très-mince valeur sous le rapport de l'invention, sont pourtant d'une utilité pratique réelle.

Il y a des rétrécissements que la bougie tortillée elle-même ne peut franchir et qui pourtant laissent encore passer l'urine ; je demanderai à l'Académie la permission de lui dire, dans une prochaine communication, quels moyens je mets alors en usage.

### *Syphilis congénitale.*

M. Cazeaux lit, en son nom et au nom de M. Moreau, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Depaul, lu à l'Académie, dans la séance du 29 avril 1851, et qui a pour titre : *Sur une manifestation de la syphilis congénitale, consistant dans une altération spéciale des poumons qui n'a pas encore été signalée.*

La communication dont j'ai à vous rendre compte, dit M. le rapporteur, a pour sujet une nouvelle altération des poumons que l'auteur croit pouvoir rattacher à une syphilis héréditaire.

Avant d'aborder le point spécial qui fait l'objet de sa communication, M. Depaul se livre à quelques considérations générales. Tout en admettant, en ce qui concerne l'adulte, les idées de M. Ricord sur l'ordre de succession des accidents primitifs, secondaires ou tertiaires, l'auteur se hâte d'ajouter que cette ingénieuse théorie ne peut être appliquée aux manifestations diverses de la syphilis chez les fœtus intra-utérins et chez les enfants nouveau-nés. Ici, en effet, l'infection première ne se rattache plus à l'existence du chancre primitif et la constitution syphilitique du père ou de la mère, en l'absence même de toute manifestation extérieure appréciable, suffit pour transmettre au germe fécondé le virus dont est affecté l'organisme des parents.

Cette transmission de la vérole, prouvée par des faits nombreux, rentre évidemment dans l'histoire si variée des maladies héréditaires, et ne s'explique ni mieux, ni moins bien que les ressemblances physiques, morales et pathologiques qu'on observe si souvent entre les membres d'une même famille. Ajoutons que les symptômes secondaires sont les premiers observables, sans trace aucune d'ulcération primitive ; et qu'enfin, loin d'avoir perdu, comme chez l'adulte, la propriété de se transmettre ou d'engendrer des ulcérations transmissibles, les accidents secondaires des nouveau-nés pourraient, suivant quelques observateurs, produire chez la nourrice une infection générale dont les symptômes se succéderont dans l'ordre régulier, si bien décrit par notre collègue.

L'étude du mode de transmission du père ou de la mère au fœtus conduit M. Depaul à émettre une proposition qu'il persiste, dit-il, à

regarder comme l'expression d'une observation rigoureuse, c'est celle-ci : La mère étant incontestablement saine et la syphilis n'ayant pu être transmise que par le père, et seulement au moment de la fécondation, l'embryon seul malade pendant quelque temps pourra à son tour infecter la mère, pendant son séjour dans l'utérus.

M. le rapporteur exprime le regret que l'auteur n'ait pas cru devoir citer, dans son mémoire, les faits sur lesquels sa conviction est fondée.

M. Depaul rappelle encore que les manifestations de la vérole chez les nouveau-nés ne sont pas toujours limitées aux lésions de la peau ; que, dans quelques cas rares, elle peut affecter le tissu osseux et produire la carie, comme l'a observé M. Laborie ; amener des inflammations péritonéales, au dire de M. le professeur Simpson ; déterminer dans le tissu du foie une altération fibro-plastique, signalée par M. Gubler ; être, suivant M. P. Dubois, la cause unique des abcès que l'on rencontre parfois dans le thymus ; et qu'enfin elle seule peut expliquer l'existence des collections purulentes plus ou moins nombreuses et plus ou moins volumineuses que l'on observe dans les poumons des enfants mort-nés, ou qui succombent peu de temps après la naissance.

C'est cette dernière altération qui fait le sujet spécial du nouveau travail de M. Depaul.

Cette altération purulente du poumon des nouveau-nés avait déjà été signalée par plusieurs observateurs, Baron, Billard, M. Husson, M. Sestier, M. Cruveilhier. Pour les unes, ces foyers étaient produits par des tubercules ramollis et déjà en suppuration ; pour les autres, c'étaient autant d'abcès multiples résultant d'inflammations partielles ; mais personne n'avait eu la pensée d'en faire la conséquence d'une syphilis héréditaire. M. Depaul dit que les faits de ce genre se sont présentés à lui une quinzaine de fois ; il en cite avec détail deux observations.

Dans le premier cas, la mère n'offrait, au moment de l'accouchement, aucune trace de syphilis, mais en s'enquérant de ses antécédents, l'auteur apprit qu'elle avait eu autrefois un chancre, et que le mari lui-même avait séjourné quelque temps à l'hôpital des Vénériens. L'enfant mourut quelques instants après sa naissance. Il offrait aux régions plantaires et palmaires des bulles de pemphygus ; le thymus, un peu plus volumineux que de coutume, offrait dans chacun de ses lobes une petite cavité, remplie par une matière grumeuse, jaunâtre et assez épaisse. Au sommet du poumon gauche, on voit se dessiner à l'extérieur une bosselure : elle a le volume d'une petite noix et présente une teinte jaunâtre beaucoup plus marquée que le reste de la surface pulmonaire. Une incision fait constater qu'elle n'est pas ramolllie à son centre : c'est du reste la seule indication de ce genre qui existe dans les poumons. Il n'existait ici aucune collection purulente, mais M. Depaul a voulu probablement

faire connaître ce qu'il appelle le premier degré de l'altération qu'il décrit.

Dans la seconde observation, l'auteur décrit les altérations suivantes : après avoir retiré avec soin les poumons de la poitrine, il est facile de voir, à leur coloration extérieure, que pendant les premières vingt minutes après lesquelles il cessa de vivre, ce fœtus avait respiré très-incomplétement. Les portions du poumon non pénétrées par l'air se présentent sous forme de masses irrégulières, d'un volume variable. Le lobe supérieur de chacun des poumons en contient une qui a les dimensions d'une grosse noix ; d'autres, plus petites, sont disséminées dans les autres lobes.

Ces différents noyaux incisés paraissent formés par un tissu compacte d'un jaune grisâtre, et au centre de chacun d'eux, on rencontre une cavité d'où s'écoule un liquide jaunâtre, séro-purulent et variable en quantité, selon le volume de l'induration. A l'œil, ce liquide a toutes les apparences du pus, et le microscope ne laisse aucun doute à cet égard. Le thymus présentait dans chacun de ses lobes une petite quantité de pus jaunâtre. Les mains et les pieds offraient un assez grand nombre de bulles de pemphygus. La mère de ce second enfant affirmait n'avoir jamais eu aucun symptôme syphilitique, et nulle part on n'en put trouver de traces. Mais on apprit que, deux mois avant le début de cette grossesse, le père de l'enfant avait contracté, d'une autre femme, un chancre qui s'indura, et contre lequel des émollients et quelques légères cautérisations furent seulement employés. Deux mois après, cet homme vit se développer des accidents secondaires.

Ces faits, rapprochés d'une quinzaine d'autres observés par M. Depaul, lui paraissent suffisants pour prouver que ces altérations pulmonaires sont une manifestation de la syphilis congénitale. Rarement ces altérations existaient seules, et presque toujours il y avait, soit des bulles de pemphygus sur la peau des pieds ou des mains, soit des foyers purulents dans le thymus, soit une augmentation dans le volume du foie, et il trouve dans cette coïncidence un argument de plus en faveur de son opinion ; il est très-disposé à penser que les altérations analogues signalées par Baron, Billard et M. Husson doivent être rattachées à l'affection qui fait l'objet de son mémoire et considérées comme de même nature. Enfin, des faits observés par lui, il se croit autorisé à déduire les conclusions suivantes :

1° Aux lésions déjà nombreuses que l'enfant peut présenter au moment de sa naissance ou quelque temps après, et qui sont, avec raison, considérées comme des manifestations de la syphilis, il faut joindre l'altération spéciale des poumons que ce travail a eu pour but de faire connaître ;

2° Le médecin devra se croire suffisamment autorisé à prescrire un traitement antisyphilitique, quand même il aura été impossible de constater l'existence de la syphilis chez le père ou la mère, mais alors qu'à la suite d'un accouchement antérieur suivi de la naissance d'un enfant mort, il aura pu trouver à l'autopsie la lésion que j'ai décrite.

Si M. Depaul, ajoute M. le rapporteur, s'était contenté d'exposer à l'Académie le résultat de ses intéressantes recherches anatomiques, s'il s'était borné à faire remarquer la coïncidence des suppurations pulmonaires chez les nouveau-nés, et de l'affection syphilitique des parents, nous n'aurions qu'à le féliciter d'avoir prouvé la fréquence d'une altération considérée avant lui comme rare; mais nous croyons ne pas pouvoir laisser passer sans quelques observations critiques les conclusions qu'il a cru pouvoir en déduire.

M. le rapporteur, examinant ces questions : s'il est possible d'affirmer, dans l'état actuel de la science, que les abcès du poumon sont toujours, chez les nouveau-nés, l'expression anatomique d'une syphilis héréditaire, et si cette affirmation peut être assez absolue pour autoriser le médecin à soumettre le père et la mère à un traitement antisyphilitique, alors même qu'aucun indice ne révélerait chez eux l'existence antérieure du virus, n'hésite pas à répondre par la négative. Je n'ai pas besoin, dit-il, pour appuyer ma négation de démontrer que ces abcès du poumon appartiennent à tel ou tel groupe de maladies autres que la syphilis; il me suffira de faire voir qu'on peut, sans forcer les analogies pathologiques, les rattacher à une phlegmasie par exemple; il me suffira de faire naître des doutes légitimes sur la vérité de leur origine syphilitique pour être en droit de rejeter la conclusion de M. Depaul. Cependant M. Caseaux examine :

1° Si la présence du pus peut s'expliquer autrement que par la syphilis;

2° Si l'auteur du mémoire a logiquement démontré son origine syphilitique.

Après avoir cherché à expliquer ces lésions par les causes ordinaires de l'inflammation, il conclut qu'elles peuvent se rattacher naturellement à la pneumonie partielle ou lobulaire des enfants et des vieillards; en ce qui concerne le second point, il s'attache ensuite à démontrer que ces abcès ne sont pas syphilitiques. Il se fonde, d'une part, sur ce que l'on n'a pas fait assez de recherches pour être certain que ces abcès ne se rencontrent pas dans d'autres conditions que celles où l'auteur les a rencontrées, et d'autre part sur ce que les maladies ayant la même origine ont, en général, quelques signes communs, quelques rapports de famille auxquels il est possible de les reconnaître, ce qui ne se voit pas dans cette circonstance.

A l'occasion d'un passage de son mémoire où M. Depaul dit qu'il a presque toujours vu en même temps des abcès dans le thymus et des bulles de pemphygus aux mains et aux pieds, altérations qui, depuis les observations de M. P. Dubois, sont considérées comme des preuves de syphilis héréditaire, M. Cazeaux examine et discute cette question et conclut de cette dissertation qu'il n'y a rien de spécifique dans le pemphygus des nouveau-nés et dans les abcès du thymus et du poumon. Si je ne suis pas parvenu, dit-il, à vous en convaincre, j'espère au moins avoir fait naître dans votre esprit un doute légitime sur leur nature syphilitique. Or, comme je l'ai dit en commençant cette argumentation, ce doute seul me suffit pour ne pas me croire autorisé à prescrire au père et à la mère un traitement antisyphilitique qui n'aurait d'autre prétexte que les altérations décrites plus haut.

Quoi qu'il en soit de ces observations, votre commission pense que l'Académie ne saurait trop encourager les travaux de cette nature ; elle a l'honneur de proposer à l'Académie : 1° d'adresser des remercîments à M. Depaul ; 2° de l'engager à continuer ses recherches ; 3° de lui exprimer tout l'intérêt qu'elles lui inspirent ; 4° enfin de renvoyer son mémoire au comité de publication.

M. Gibert : J'applaudis à la réserve et aux remarques judicieuses de l'honorable rapporteur. Toutefois, dans l'impossibilité d'entamer à propos du rapport une discussion qui devrait, pour être complète, embrasser les points les plus importants de l'histoire des syphilides, je crois opportun de présenter à mon tour quelques remarques sur deux de ces points qui m'ont paru dominants dans le travail de M. Depaul et dans le commentaire de notre honorable collègue, M. le docteur Cazeaux, savoir les signes caractéristiques de la syphilis du nouveau-né, et notamment le signe nouveau découvert par l'auteur du mémoire et les conséquences thérapeutiques qui découlent du diagnostic.

Sur le premier point, je dirai, en me tenant dans les termes les plus succincts possible :

1° Que les objections faites par M. le rapporteur me paraissent fondées. Il a cependant, selon moi, omis la mention de la cachexie syphilitique, sans symptômes locaux bien caractéristiques, qui peut exister chez le fœtus et entraîner la mort, et, chose beaucoup plus rare et beaucoup plus extraordinaire, dans quelques cas exceptionnels, chez l'adulte lui-même.

Il n'est pas tout à fait exact non plus de dire que l'auteur du mémoire soit le premier et le seul qui ait révélé le nouveau signe qu'il indique (les collections purulentes dans le poumon). Un élève des hôpitaux de Paris a fait, il y a quelques années, un travail remarquable sur la cachexie vénérienne, où il signale non-seulement des abcès analogues

du poumon, mais encore des collections purulentes dans les membres, comme dépendant de cette cachexie.

Il y a trois ans environ que moi-même j'ai eu occasion, avec notre collègue le docteur Hervez de Chégoin, d'observer un exemple remarquable de ces vastes collections purulentes extérieures dues à une cachexie vénérienne, sans autre symptôme concomitant qui pût éclairer sur la nature du mal.

M. Cazeaux a combattu avec raison l'opinion qui rattache le pemphigus des nouveau-nés et les abcès du thymus à la syphilis.

Chez l'enfant, les manifestations syphilitiques les plus habituelles sont les éruptions pustuleuses varioliformes et les éruptions vésiculeuses varicelliformes ou les papules muqueuses ou tubercules plats. Ni chez lui ni chez l'adulte, on n'observe la forme véritablement pemphigoïde.

On admettait beaucoup trop généralement au commencement de ce siècle les dartres vénériennes. Les formes véritablement dartreuses, c'est-à-dire les éruptions humides et squammeuses ou croûteuses du genre de l'eczéma et de l'impétigo, ne se présentent point au nombre des manifestations syphilitiques.

2° L'auteur du mémoire a conclu à la nécessité d'un traitement antisyphilitique chez les parents sur la seule constatation du fait anatomopathologique signalé sur le fœtus, et sans que ces parents présentassent le moindre indice actuel de syphilis.

Non-seulement je partage la répugnance qu'a très-sagement manifestée M. le rapporteur contre une pareille conclusion, mais fondé sur une longue expérience et sur des faits que je crois bien observés, je vais beaucoup plus loin que lui, et je prétends qu'en l'absence de tout symptôme il n'y a jamais indication formelle à un traitement antisyphilitique, et je rejette sans hésitation tous les traitements dits *de précaution*.

Je ne crois pas à l'action thérapeutique ni préservative des spécifiques antisyphilitiques en l'absence de toute manifestation pathologique. Je ne crois pas qu'ils soient doués d'une sorte de propriété chimique et destructive du virus supposé caché dans les humeurs de l'économie tant qu'il n'y a réellement pas état pathologique. C'est cet état seulement qu'ils sont aptes à guérir.

M. Roux : J'ajouterai mon assentiment à l'opinion que vient d'exprimer M. Gibert. C'est une très-grave question que celle du traitement antivénérien prophylactique. Il y a longtemps que je professe cette idée que les traitements antivénériens, lorsqu'il n'existe actuellement aucune manifestation syphilitique, sont inutiles et qu'ils auraient de graves inconvénients. Ils n'ont d'efficacité, d'ailleurs, que lorsqu'ils sont adressés à des symptômes actuels. Serait-il possible, comme le proposait

Bordeu de déterminer la manifestation d'une syphilis latente par l'administration de bains sulfureux ou de tout autre excitant de la peau? Devrait on, dans les cas de doute, recourir à des moyens de ce genre? C'est là une question que je ne crois pas résolue. Quoi qu'il en soit, jamais je ne consens, sur la simple demande des malades, à leur faire subir un traitement antisyphilitique de précaution. Je pense donc comme M. Gibert que M. Cazeaux a eu raison de combattre l'opinion émise un peu légèrement peut-être par M. Depaul.

M. Moreau : Je ne peux qu'approuver dans son ensemble le rapport de M. Cazeaux que j'ai signé d'ailleurs comme commissaire. Je dois dire cependant qu'il est un point sur lequel je ne partage pas tout à fait l'opinion de M. le rapporteur, c'est en ce qui a trait au traitement d'individus n'ayant pas actuellement de symptômes syphilitiques, mais que l'on a lieu de soupçonner atteints d'une syphilis latente. Il y a bien longtemps que je fus consulté par un officier de la garde royale qui avait eu une affection syphilitique. Cet officier s'étant marié, sa femme devint enceinte et accoucha d'un enfant mort ; une deuxième grossesse fut également suivie de l'accouchement d'un enfant mort-né ; troisième grossesse, même résultat. Je pris alors le mari à part et lui conseillai de se soumettre lui ainsi que sa femme à un traitement antivénérien ; le traitement terminé, la femme devint de nouveau enceinte, et cette fois elle mit au jour un enfant vivant et bien portant ; tous les enfants qu'elle a eus depuis ont vécu.

M. P. Dubois : Je regrette que notre honorable collègue M. Cazeaux n'ait pas eu sous les yeux quand il a rédigé son rapport, le travail que j'ai publié il y a un peu plus d'une année, et qu'il a cru devoir associer dans son examen à celui dont l'Académie l'avait chargé de lui rendre compte.

S'il en avait été ainsi, il n'aurait certainement pas altéré, ainsi qu'il l'a fait sans le vouloir, l'opinion que j'ai exprimée et qui n'était pas à beaucoup près aussi absolue que sa critique le ferait supposer. L'Académie me permettra de lui rappeler en peu de mots l'objet et le sens de ce travail.

J'avais remarqué des collections purulentes dans le thymus chez un certain nombre d'enfants, les uns morts avant de naître et issus de parents atteints d'une affection syphilitique constitutionnelle, les autres morts peu de jours après leur naissance et atteints alors d'une affection que je croyais et que je crois encore de nature vénérienne. Non-seulement cette altération particulière du thymus avait été observée par moi chez tous les enfants qui avaient succombé dans de telles circonstances, mais je ne l'avais pas reconnue chez des enfants morts-nés issus de parents qui pouvaient être considérés comme sains, ou chez des enfants

morts après leur naissance et qui avaient succombé à des affections étrangères à la syphilis. M'autorisant de ces faits et usant d'un procédé d'induction qui, s'il n'est pas décisif, est du moins et avec raison très-généralement accepté et employé, j'en avais tiré cette conclusion que la suppuration du thymus observée chez l'enfant mort-né, et en l'absence de toute cause de mort évidemment étrangère à la syphilis, pouvait être considérée comme le témoignage de cette affection, et que pour éviter les retours d'un aussi déplorable accident on pourrait être autorisé à soumettre les parents ou l'un d'eux à un traitement antivénérien.

Cependant cette conclusion était exprimé avec une extrême réserve; je me contentais en effet de livrer à l'appréciation du public médical les faits sur lesquels elle était fondée. Je sollicitais même certaines recherches nécessaires encore et dont les résultats pourraient plus tard infirmer ou confirmer mon opinion et la conclusion pratique dont je la faisais suivre.

Si je ne me trompe, le travail de M. Depaul qui a trait à une altération partielle des poumons, et qu'il regarde également comme la conséquence d'une infection vénérienne pendant la vie fœtale, était écrit dans le même esprit et fondé sur des raisons analogues aux miennes, c'est-à-dire que M. Depaul avait vu la lésion signalée, et spécialement caractérisée par lui, coïncider assez souvent avec une infection syphilitique du nouveau-né, et être assez constamment absente dans les cas contraires pour qu'il fût autorisé que la lésion était la conséquence de l'infection. Il en avait donc conclu que, dans des cas obscurs, la première pouvait révéler l'existence d'une infection vénérienne.

Il me semble que pour invalider la légitimité des conclusions de M. Depaul et les miennes, il y avait une marche naturelle à suivre, c'était d'établir par des faits que les altérations que j'ai regardées comme des témoignages possibles d'une infection syphilitique pouvaient être observées chez des enfants mort-nés et issus de parents parfaitement sains, qu'elles pouvaient être en conséquence le résultat de causes pathologiques diverses, étrangères à la syphilis; que dès lors la concomitance de ces altérations et d'une affection syphilitique actuelle ou antérieure n'avait point la signification que je lui avais prêtée. Je ne pense pas qu'il fût suffisant, pour arriver à ce résultat, de procéder, comme l'a fait notre collègue, par le raisonnement seul. Je ne crois pas surtout qu'il fût nécessaire ou même utile de consacrer la plus grande partie d'un rapport académique à la réfutation d'une opinion qui ne s'était produite dans la science que pour ouvrir la voie à de nouvelles recherches.

M. Cazeaux, et quelques-uns de nos collègues, ont contesté au pemphygus des nouveau-nés le caractère syphilitique; je pense que c'est à

tort ; je dois d'abord déclarer que je ne suis pas le premier qui ait regardé cette affection comme une conséquence de la syphilis ; Dugès avait exprimé cette opinion avant moi et je l'ai acceptée ; je crois d'ailleurs, sans attacher à cela une grande importance, que l'éruption dont il s'agit est moins vésiculeuse que pustuleuse. La forme particulière de la plupart des boutons et la lésion plus ou moins profonde du derme, quand ils sont bien développés, m'a fait souvent penser que cette affection avait plus d'analogie avec l'ecthyma qu'avec le pemphygus ; les raisons qui m'ont déterminé à la regarder comme syphilitique sont celles qui m'ont fait supposer le même caractère à la suppuration du thymus. Des observations ultérieures pourront sans doute affaiblir la valeur de mon opinion sur ce point, mais quant à présent, je crois devoir la maintenir.

J'ai été, enfin, surpris de l'idée du danger qui s'attache dans l'esprit de quelques-uns de nos collègues, au conseil donné par M. Depaul et par moi de recourir, dans des cas que nous avons déterminés l'un et l'autre, à un traitement antivénérien. Nous avons cru qu'il pouvait être utile pour prévenir un malheur beaucoup plus redoutable que l'inconvénient d'un traitement superflu, le malheur de procréer des enfants infectés et condamnés ou à mourir avant de naître ou à succomber misérablement et rapidement après être nés. Notre collègue M. Moreau vient de vous faire connaître un cas dans lequel il croit avoir eu recours avec succès à un traitement préventif. Peut être ce fait ne prouve-t-il pas d'une manière irrécusable l'utilité du traitement dans le cas indiqué, mais il en prouve du moins l'innocuité. Je crois, pour ma part, qu'il en sera ordinairement ainsi. Je déclare donc que, dans l'incertitude, je n'hésiterais pas un instant, parce que je suis convaincu qu'un traitement antisyphilitique ordonné et dirigé par un médecin instruit et attentif, ne saurait devenir une précaution dangereuse.

Quant à la question de savoir si ce traitement peut être utilement prescrit lorsqu'il n'existe aucun signe actuellement apparent d'une infection vénérienne, je ne saurais me prévaloir sur ce point d'une parfaite compétence, il me sera pourtant permis de penser que, chez un sujet infecté depuis longtemps, il peut y avoir, entre les manifestations successives des accidents vénériens apparents, des intervalles d'une durée variable pendant lesquels, malgré l'absence de tout phénomène visible, l'infection n'en est pas moins réelle, bien qu'elle existe à l'état latent. Or je crois que le mal peut être combattu avec succès dans cette condition même, comme il aurait pu l'être auparavant, ou comme il pourra l'être plus tard pendant les périodes des manifestations évidentes.

M. Cazeaux : M. P. Dubois a écrit, sur le diagnostic de la syphilis

considérée comme cause du fœtus, un mémoire que je connais très-bien ; il ne peut pas supposer que je ne l'aie pas lu. Mais M. Dubois me reproche de l'avoir mal interprété. Voici le texte même de ses conclusions, telles que je les trouve citées dans le mémoire de M. Depaul. (M. Caseaux donne lecture des conclusions du mémoire de M. Dubois.)

M. P. Dubois : Je ferai remarquer à l'Académie que l'énoncé de ces conclusions est certainement précédé ou suivi de quelques phrases dans lesquelles je faisais des réserves pour le cas où des faits contraires à ceux que j'avais observés jusque-là viendraient contredire ma proposition.

M. Caseaux : Il est évident que M. Dubois n'a pu ni voulu engager l'avenir. M. Dubois dit que j'aurais dû chercher les faits contraires capables d'infirmer sa proposition ; mais ce n'était pas à moi de fournir des preuves, mais bien à M. Dubois lui-même. Des faits, il y en a d'ailleurs dans la science. J'ai déjà cité ceux de Baron, de Billard, de M. Cruveilhier ; M. Dubois les récuse. Tout ce que j'ai dû et voulu faire, dans ce rapport, c'a été de faire voir qu'il y avait des doutes à élever sur la valeur des propositions émises dans le mémoire de M. Depaul, et de prouver que ses conclusions n'étaient pas fondées. Il se trouve que les propositions de M. Depaul sont tellement connexes avec celles de M. Dubois, qu'on ne peut réfuter les unes sans réfuter en même temps les autres ; j'ai dû accepter cette nécessité.

A propos de la signification donnée au pemphygus des nouveau-nés, M. Dubois dit que cette observation n'est pas de lui, mais il l'accepte, il en fait sa chose. Eh bien ! je dis que si l'on procédait ainsi pour toutes les lésions que l'on peut constater chez les enfants nouveau-nés, on arriverait à rattacher tout à la syphilis.

M. Dubois dit que c'est chez lui une opinion, une croyance ; mais sur une simple croyance, sur une opinion, vous allez infliger un traitement antisyphilitique à des parents chez qui rien ne prouve l'existence de la syphilis. Une pareille détermination, qui ne laisse pas que d'être grave, ne me paraît pas suffisamment fondée.

M. Danyau : J'ai vu beaucoup d'enfants venus au monde avec des pemphygus. Pour un très grand nombre, j'ai pu reconnaître qu'ils étaient issus de parents affectés de syphilis ; mais pour beaucoup d'autres il ne m'a pas été possible de vérifier l'état des parents. Il est résulté de là dans mon esprit un doute que je conserve encore. Cependant j'ai été récemment témoin d'un fait qui me porterait à admettre avec M. Dubois l'origine syphilitique du pemphygus. Un enfant est venu au monde avec un pemphygus ; j'étais très-incertain sur la question de savoir si ce pemphygus devait être attribué à une origine syphilitique, d'autant plus que je n'avais pu constater l'état des parents, lorsqu'il sur-

vint ultérieurement une roséole que M. Cullerier, à qui je soumis ce cas, n'hésita pas à déclarer syphilitique.

J'ai observé aussi quelques faits analogues à ceux que vient de citer M. Moreau. Une dame ayant déjà fait une fausse couche eut une seconde grossesse qui se termina par la naissance d'un enfant mort et putréfié; il n'existait aucune altération dans le placenta qui pût expliquer la mort de l'enfant; j'émis le soupçon qu'il pouvait y avoir une influence syphilitique; ce soupçon était fondé sur l'aveu que me fit le père qu'il avait eu jadis des accidents syphilitiques dont il croyait avoir été guéri. Un traitement antisyphilitique fut proposé, mais le médecin ordinaire de la famille n'ayant point accepté ma proposition, il ne lui fut pas donné suite. J'ai su depuis que cette dame avait mis au monde deux autres enfants atteints de symptômes syphilitiques non contestables et auxquels ils avaient succombé.

M. Dubois demande à l'Académie l'autorisation de donner lecture, dans la prochaine séance, du passage de son mémoire où est exprimée la réserve dont il a parlé.

La parole sera réservée à M. Dubois pour cet objet.

Les conclusions du rapport de M. Cazeaux sont mises aux voix et adoptées.

SÉANCE DU 24 JUIN. — PRÉSIDENCE M. ORFILA.

*Tannate de quinine et de cinchonine.*

M. Barreswil donne communication de quelques faits extraits d'un mémoire sur le tannin. L'auteur a commencé l'étude du tannin et de ses analogies au point de vue de leurs applications industrielles. Il détache aujourd'hui d'un travail d'ensemble qu'il a entrepris sur ce sujet quelques faits qui lui ont semblé présenter de l'intérêt au point de vue de l'action du tannin sur les alcaloïdes et des applications qui peuvent en être faites à la médecine. L'auteur appelle l'attention de l'Académie sur deux préparations de quinquina très-connues ou prévues, le tannate de quinine et le tannate de cinchonine; ces sels ont, suivant M. Barreswil, le double avantage d'être plus actifs, à poids égal d'alcaloïdes, que les autres préparations indiquées, et de n'avoir point ou presque point de saveur amère. « Je pourrais ajouter aussi, dit-il, l'avantage de pouvoir être administré dans les circonstances où l'on préfère l'emploi du quinquina à celui du sulfate de quinine, et dans des conditions pathologiques où le sulfate de quinine n'est pas supporté par l'économie. »

L'auteur joint à son mémoire un recueil d'observations sur l'emploi de ces préparations par M. le docteur Berthelot.

(Comm., MM. Orfila, Bussy et Bouvier.)

*Nicotine.*

M. Orfila rend compte verbalement de nouvelles recherches complémentaires qu'il vient de faire sur la nicotine. Il restait, dit M. Orfila, pour compléter les recherches médico-légales relatives à la nicotine, à déterminer si cette substance pouvait être décelée dans le corps d'animaux longtemps après leur mort. Pour résoudre cette question, j'ai empoisonné des animaux par la nicotine, j'ai abandonné leur corps à la putréfaction, et lorsqu'ils ont été entièrement pourris, j'ai soumis les différents organes aux procédés propres à déceler la présence de la nicotine; je l'ai retrouvée aussi facilement que si j'eusse opéré immédiatement après la mort. Ce fait est intéressant au point de vue médico-légal; nous l'avions déjà constaté avec M. Lesueur en 1850 pour la plupart des alcaloïdes, notamment pour la morphine, la strychnine et la brucine.

M. Roux demande à M. Orfila s'il ne pense pas que les individus qui font un usage habituel du tabac absorbent une assez grande quantité de nicotine pour que leurs organes en soient à la longue imprégnés et que l'économie puisse être affectée. M. Roux saisit cette occasion pour faire une piquante sortie contre l'usage du tabac et pour demander que l'Académie s'empare de cette question à laquelle l'avenir de la civilisation, dit-il, est intéressé.

M. Orfila répond qu'en effet la fumée de tabac renferme de la nicotine, mais que tous les fumeurs n'en absorbent pas; il n'y aurait tout au plus que ceux qui ont l'habitude d'avaler la fumée qui pourraient en absorber, encore serait-ce en si petite proportion, qu'il ne pourrait en résulter aucune action appréciable. Dans les cas d'ailleurs où il a pu y avoir absorption de nicotine, elle est promptement éliminée; et en supposant même qu'il en pût rester dans l'économie, l'habitude en émousserait les effets.

M. Roux : Cette question me parait avoir également une portée au point de vue médico-légal; ne pourrait-il pas arriver que la nicotine trouvée dans les organes d'individus habitués à fumer pût donner lieu à des soupçons d'empoisonnement, ou bien qu'elle pût empêcher de constater la nicotine qui pourrait provenir d'un empoisonnement?

M. Orfila : La proportion de nicotine serait tellement minime dans ce cas qu'il n'y aurait pas lieu d'en tenir compte.

M. Bégin : Il y a une autre voie de pénétration de la nicotine que celle

dont on parle en ce moment, c'est l'imprégnation de la salive et son ingestion dans l'estomac chez les individus qui ne crachent pas en fumant.

M. Orfila : J'admets également ce mode de pénétration, mais je répéterai à son sujet ce que je viens de dire pour la fumée, que la quantite de nicotine introduite par cette voie est trop minime pour qu'elle ait une action appréciable sur l'économie.

M. Bérard rappelle à cette occasion quelques recherches de M. Donné sur la salive, desquelles il résulterait, contrairement à ce qui vient d'être dit, qu'il y aurait plus d'inconvénient à cracher qu'à ne point cracher en fumant.

M. Londe croît que la distinction que l'on fait entre les fumeurs qui crachent ou qui ne crachent pas, ceux qui avalent ou n'avalent pas la fumée, n'est pas exacte. D'abord c'est une erreur de croire qu'on puisse avaler la fumée. Quant à cracher, c'est tout simplement le résultat du défaut d'habitude ; les fumeurs ne crachant plus dès qu'ils ont acquis une certaine tolérance pour le tabac.

M. Cloquet est d'avis que l'excès ou l'absence d'expuition tient à la qualité du tabac dont on fait usage et au degré d'irritation qu'il provoque dans les glandes salivaires. Il signale à cet égard des différences très-sensibles entre les diverses espèces de tabac.

M. Roux insiste pour que l'Académie s'empare de cette question.

La proposition de M. Roux n'étant pas appuyée, l'Académie passe outre.

### *Vaccine et inoculation.*

M. Bousquet lit la seconde partie de son rapport sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1849.

M. le rapporteur, après l'analyse des travaux et pièces de correspondance relatifs aux vaccinations de l'année 1849, traite la question relative à l'art d'inoculer la petite vérole, auquel on semblerait vouloir revenir après l'avoir complétement abandonné pour la vaccine.

L'objet de cette deuxième partie du rapport de M. Bousquet est de démontrer que l'inoculation n'offrait pas plus de garantie à l'égard de la petite vérole que la vaccine, et qu'en lui supposant sur la vaccine des avantages qu'elle n'a pas, elle a des inconvénients qui feraient compensation.

M. Bousquet pense qu'il n'est qu'un cas où il serait permis d'y recourir, c'est celui où le vaccin viendrait à manquer en présence d'une épidémie meurtrière de petite vérole, auquel cas on serait autorisé à imiter la conduite qu'a tenue M. le docteur Guillou, en 1826, à Saint-

Pol-de-Léon, dans le Finistère, et celle que tint Jenner lui-même en 1798, envers son propre fils. Ce cas excepté, M. Bousquet est d'avis qu'on doit rester fidèle à la vaccine, dont l'efficacité est suffisamment démontrée par un demi-siècle d'expérience.

*Note sur la suppression des quartiers de gâteux dans les maisons d'aliénés.*

M. le docteur Archambault, médecin de la maison nationale de Charenton, lit une note sur ce sujet.

Le nombre des malades, dit-il, désignés dans les établissements d'aliénés sous le nom de *gâteux* est considérable; dans tous les asiles, ils forment une classe à part et ils y occupent un quartier spécial, ainsi que le prescrit l'ordonnance de 1839, réglementaire des établissements d'aliénés.

A Bicêtre, sur une population de 850 aliénés, on compte 80 gâteux.

A la Salpêtrière, sur 1,074 aliénées, il y a 211 gâteuses.

A Pontorsin (Manche), sur 265 aliénés, on compte 40 gâteux.

A Rouen, sur une population de 756 aliénés, il y a 98 gâteux et gâteuses.

A l'asile de Maréville (Meurthe), dont M. Archambault a dirigé pendant plusieurs années le service médical, il a constaté que le nombre des gâteux s'élevait jusqu'à 70 pour une population de 717 aliénés des deux sexes.

Enfin, à la maison nationale de Charenton, dans le service des hommes, sur 230 aliénés se trouvent 34 gâteux, dont 14 atteints de démence simple, 15 de démence compliquée de paralysie générale, 2 d'épilepsie avec démence, et 3 d'imbécilité.

Ainsi, dans ces différents asiles placés dans les conditions les plus opposées, le nombre des gâteux s'élève, comme on vient de le voir, à 10, 13, 14 et même 15 pour 100 de la population d'aliénés qu'ils renferment.

En présence de l'insuffisance, pour ne pas dire de l'inefficacité de tous les efforts tentés jusqu'à ce jour pour détruire cette plaie, M. Archambault a pensé qu'il fallait s'engager dans une autre voie. Il s'est reporté à l'immortelle tentative de Pinel, qui a brisé les chaînes des aliénés en substituant la surveillance intelligente des gardiens aux moyens purement mécaniques de contrainte et de sûreté, et il a jugé qu'il fallait partir du même principe pour soustraire aujourd'hui les aliénés gâteux aux affligeantes conséquences de leur déchéance morale. En étudiant dans leurs détails les particularités qui les concernent, il avait pu s'assurer qu'en général, et à moins de circonstances acciden-

telles, les exonérations intestinales n'avaient lieu qu'une seule fois dans les vingt-quatre heures et avec les caractères ordinaires. Il était dès lors évident que ces malades ne gâtent que faute d'intelligence pour les diriger dans les habitudes ordinaires de la vie, et non pas par suite d'un changement dans la nature des selles ou d'un affaiblissement dans l'action des spincters. M. Archambault s'est donc vu naturellement amené à substituer à l'intelligence absente des malades l'intelligence active du personnel de service, dont le zèle a été stimulé par une forte prime mensuelle.

Cette idée si simple a été mise à exécution ; les malades ont été conduits à la garde-robe matin et soir, et dès ce moment les draps et les blouses ont cessé d'être salis par les déjections intestinales. Encouragé par ce premier résultat et réfléchissant à la rareté de l'incontinence d'urine chez les gâteux, même atteints de paralysie générale, puisque ce n'est que très-exceptionnellement, dans le cours d'une longue pratique suivie sur une très-grande échelle, que M. Archambault s'est vu obligé d'avoir recours au cathétérisme de la vessie, il a dû appliquer aux fonctions urinaires ses remarques sur les fonctions intestinales. Il a insisté pour que les malades fussent non-seulement conduits aux lieux d'aisances le matin et le soir, mais encore pour que l'émission des urines fût provoquée plusieurs fois par jour et deux fois dans le courant de la nuit en leur faisant présenter l'urinal. Ces tentatives ont commencé le 1er mai, et le succès a dépassé les espérances de M. Archambault. Les draps, la literie, les vêtements ont cessé d'être souillés, et depuis le 20 mai tous les aliénés gâteux de la maison de Charenton ont repris les vêtements usuels que chacun d'eux avait quittés. Les blouses malpropres qui ne préservaient les malades ni du froid en hiver, ni de l'action du soleil en été ont maintenant disparu. Les fauteuils hideux et tout le mobilier spécial et infect du quartier des gâteux sont maintenant relégués dans les magasins de l'établissement. Aujourd'hui à la maison nationale de Charenton, dans le service des hommes, les gâteux revêtus de vêtements ordinaires occupent une salle de réunion qui, ainsi que les dortoirs, est parquetée, cirée et frottée, et où ils sont assis dans des fauteuils ordinaires. Dans ces salles, dans le réfectoire, en un mot dans tout le quartier, plus d'odeur fétide et repoussante, plus rien qui puisse le distinguer des autres divisions de la maison.

La tâche du personnel de service est moins pénible qu'il ne semblerait au premier abord. Il ne paraît pas impossible d'assujettir à une espèce de règle les habitudes des gâteux en ce qui concerne les exonérations. Si, dans les premiers jours, il a fallu aller chercher isolément et individuellement chacun des malades, on a vu bientôt, sous l'influence si puissante de l'habitude, se régulariser leurs besoins, et maintenant pour y

satisfaire, lorsque les gardiens les appellent, ils arrivent en groupe, comme ils le font pour se rendre au réfectoire à l'heure des repas.

Indépendamment de l'heureuse influence que ce retour aux habitudes ordinaires de la vie exerce sur l'aspect de cette classe d'infortunés, leur santé ne doit-elle pas se ressentir de la suppression de tant d'éléments contraires aux lois de l'hygiène? Ils ne sont plus exposés jour et nuit au contact de liquides et de déjections irritantes; la perspiration cutanée devient plus libre; l'air qu'ils respirent n'est plus corrompu. D'un autre côté, les malades cessant d'être un objet de dégoût peuvent être visités par leur famille, dont ils étaient séparés par leur triste position qui les séquestrait d'une manière presque absolue pendant la dernière période de leur existence.

— M. Bourchardat continue la lecture de son travail sur la glucosurie.

# MÉLANGES.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

24. *Compte-rendu des séances pendant le mois d'avril* 1851; par MM. les docteurs LEBERT et BROWN-SÉQUARD, secrétaire.

(Gazette médicale de Paris, N° 26; 1851.)

ANATOMIE NORMALE. — *Pavillons multiples rencontrés sur des trompes utérines de femmes*; par M. A. RICHARD fils.

« M'occupant de recherches sur la trompe utérine, dont je me propose de donner les résultats dans ma thèse, j'ai rencontré sur plusieurs trompes une anomalie dont aucun auteur jusqu'à présent n'a fait mention: je veux parler de la présence sur une même trompe de plusieurs pavillons distincts. Je crois que le hasard m'a favorisé dans ces recherches; car sur une trentaine de cadavres de femmes d'âge différent dont j'ai enlevé l'utérus et ses annexes pour les examiner, j'ai rencontré cinq fois cette singulière anomalie. Voici en quelques mots, d'une manière générale, en quoi elle consiste.

« Le pavillon normal qui termine l'oviducte existe sur toutes ces pièces. Il n'offre rien de particulier; mais en examinant le corps de la trompe, au-dessous de son pavillon, on rencontre à

une distance qui varie depuis quelques millimètres jusqu'à 2 ou 3 centimètres, un second orifice muni de franges analogues à celle du pavillon normal, formées par conséquent par la muqueuse de l'oviducte, qui fait en quelque sorte hernie au travers des tuniques musculeuse et séreuse de la trompe. Il m'a toujours été possible d'introduire par l'orifice que présentent ces pavillons accessoires un stylet, et de pouvoir ainsi constater que cette ouverture anormale fait communiquer le canal de la trompe avec la cavité péritonéale ; et poussant légèrement le stylet soit vers l'orifice abdominal, soit vers l'orifice utérin de la trompe, on le voyait, dans le premier cas, sortir par le véritable pavillon, et, dans le second cas, pénétrer dans la cavité de la matrice.

« Je n'entrerai pas dans la description spéciale de chaque pièce ; qu'il me suffise de dire que, sur les cinq cas que je possède, une trompe appartient à un fœtus à terme et présente deux pavillons accessoires ; une seconde à une fille de 15 ans non réglée, et offre également deux pavillons anormaux ; les trois autres à des femmes adultes, et sont munies chacune d'un pavillon surnuméraire.

« Je ne parlerai pas non plus des déductions physiologiques que l'on pourrait tirer de l'examen de ces trompes pour l'explication des causes si peu connues de la variété abdominale des grossesses extra-utérines ; je voulais simplement constater le fait anatomique, me proposant de traiter avec quelques détails cette question dans ma thèse. » (12 avril.)

PATHOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Variole du fœtus ; varioloïde chez la mère ; avortement au cinquième mois de la grossesse* ; par M. CHARCOT.

« Une femme âgée de 23 ans, brune, d'un tempérament où prédomine évidemment le système nerveux, bien réglée habituellement, portant au bras gauche des cicatrices de légitime vaccine et n'ayant jamais eu la variole, entre, le 25 mars, à l'hôpital de la Charité (salle Saint-Basile, 10, service de M. Rayer) ; elle se dit enceinte de cinq mois.

« Voici les faits que nous croyons devoir noter dans ses antécédents. Étant très-jeune, elle a eu des fièvres revenant par accès tous les deux jours ; plus tard, à l'âge de 13 ans, elle a été *choréique* pendant plusieurs mois. Les règles se sont établies difficilement ; leur apparition a été précédée et suivie de flueurs blanches abondantes. Mais, enfin, elles sont devenues régulières. Il y a deux ans, une première grossesse se manifeste. Nul accident ne l'accompagne, si ce n'est quelques douleurs dans les reins

et dans le bas-ventre pendant la marche et la station verticale. L'accouchement se fait d'ailleurs naturellement, à terme, et l'enfant est aujourd'hui bien portant. Il y a cinq mois, signes d'une nouvelle grossesse. Ajoutons que, dans l'intervalle entre la première et la deuxième grossesse, aucun phénomène morbide ne s'est manifesté.

« Dès le début de la nouvelle grossesse, la malade éprouve une fatigue insolite, de la langueur. En même temps les tissus pâlissent; il survient de la céphalalgie, des douleurs dans les reins et dans les aines surtout pendant la marche. En même temps un abondant écoulement de flueurs blanches apparaît. Les palpitations ne sont pas habituelles, mais il y a de temps à autre des lipothymies. Tout ceci dure pendant les quatre premiers mois de la grossesse.

« Il y a trois semaines environ, sans cause connue, le malaise augmente; en même temps des frissons assez intenses, de l'inappétence, de la chaleur fébrile se font sentir; puis, à la suite de légères démangeaisons, des boutons apparaissent aux bras, aux poignets, aux cuisses, sur la face. Ces boutons sont tout au plus au nombre de dix en tout: ce sont, d'après la description de la malade, des papules qui bientôt se couvrent d'une vésicule argentée dont l'enveloppe se dessèche bientôt de manière à former une croûte. Cette croûte, après sa chûte, laisse voir, surtout à la face palmaire du poignet droit, deux petites ulcérations superficielles du derme, dont on voit encore très-bien les traces aujourd'hui.

« D'ailleurs, l'apparition de l'éruption que nous venons de décrire a été accompagnée d'une rémission presque complète des phénomènes généraux qui l'ont précédée. L'évolution des *pustules*, depuis l'apparition des papules jusqu'à la chûte des croûtes, s'est faite à peu près en cinq jours. Notons que, dans les phénomènes prodromiques, nous n'avons à remarquer ni vomissements, ni douleurs de reins nouvelles.

« C'est à cette époque que, pour la première fois, les mouvements de l'enfant se firent sentir. Assez intenses d'abord, douloureux même pour la mère, ils ne tardèrent pas à devenir très-rares, et bien différents, dit-elle, de ce qu'ils s'étaient montrés lors de la première grossesse. Remarquons, toutefois, qu'elle assure avoir senti remuer jusque dans ces derniers temps; mais c'était surtout quand elle changeait de position, et alors une sorte de choc se faisait sentir dans la partie de l'utérus devenue la plus déclive.

« Quinze jours après le début de la fièvre éruptive, elle entre à l'hôpital, où nous la trouvons dans l'état suivant :

« La face est très-pâle, plombée ; les yeux sont enfoncés et entourés d'un cercle brun. État de langueur extrême ; céphalalgie ; pas de palpitations ; pas d'œdème des membres inférieurs. La malade ne tousse pas ; elle assure ne pas tousser habituellement et n'avoir jamais craché de sang. L'auscultation des poumons ne fait, au reste, entendre aucun bruit anormal. Souffle doux bien manifeste, au cœur, au premier temps et à la base ; murmure vasculaire continu dans les vaisseaux du cou.

« Douleurs dans les reins et dans le bas-ventre, spontanées et provoquées par la pression, par la marche et par la station.

« La langue est rouge, sans enduit, parfois sèche. La peau s'échauffe un peu le soir, et il y a de temps en temps des frissons erratiques. Le soir aussi le pouls devient généralement assez fréquent (de 90 à 100 pulsations). Pas de sueurs nocturnes.

« Le foie et la rate ont leur volume normal ; l'utérus remonte à 1 ou 2 pouces au-dessus de l'ombilic. Jamais l'auscultation de l'utérus n'a pu nous dénoter l'existence soit du souffle placentaire, soit des battements du cœur du fœtus.

« En raison de ces symptômes, on administre à la malade 50 centigrammes de sous-carbonate de fer chaque soir ; bains simples.

« Au bout de cinq ou six jours de ce traitement, la malade se sent beaucoup mieux et pense déjà à sortir de l'hôpital. Ainsi la petite fièvre du soir avait diminué ; les douleurs dans les reins et dans le bas-ventre avaient presque entièrement cessé, lorsque, dans la nuit du 3 au 4 avril, la malade est réveillée tout-à-coup par une violente douleur siégeant au-dessus du pubis, douleur suivie presque aussitôt d'un écoulement assez abondant de sang par les parties génitales. Ces douleurs prennent bientôt le caractère de douleurs expultrices, et l'accouchement s'opère à une heure de l'après-midi, le 4 avril.

« L'enfant offre tous les caractères d'un fœtus de 5 mois, et présente en outre tous les signes qui dénotent une mort remontant déjà à plusieurs jours au moins. En effet, le tissu cellulaire péricrânien est abondamment infiltré de sérosité rousse ; de plus, l'épiderme s'enlève presque partout avec la plus grande facilité, surtout aux mains et aux pieds. D'ailleurs, pas de fétidité bien remarquable.

« Le corps de ce fœtus présente çà et là des *pustules* de divers volumes, dont les unes sont isolées, dont les autres, au contraire, sont réunies en plaques plus ou moins larges. De ces pustules,

les unes ont de 6 à 7 millimètres de diamètre : ce sont, il est vrai, les plus volumineuses ; il en est, au contraire, qui ont tout au plus de 1 à 2 millimètres de large ; il en est enfin de volumes intermédiaires. Toutes sont parfaitement arrondies, et font une légère saillie au-dessus du niveau de la peau. La plupart présentent une dépression centrale de l'ombilic ; d'autres présentent, au contraire, une surface entièrement lisse, et cet ombilic n'éxiste pas plus spécialement soit sur les grandes pustules, soit sur les petites ; car il est de très petits boutons qui ont à leur centre une dépression bien nette ; il en est de volumineux, au contraire, qui n'en présentent pas de traces.

« La couleur des pustules est d'un blanc jaunâtre, mat, opaque, qui tranche vivement sur la coloration rouge foncée des téguments. Voici d'ailleurs d'une manière générale comment elles sont disposées à la surface du corps. La région du crâne présente quatre ou cinq pustules, petites, non ombiliquées ; trois pustules volumineuses, non ombiliquées, sur la face : l'une en avant du lobule de l'oreille droite ; l'autre à la commissure droite des lèvres ; l'autre enfin au-dessous de la lèvre inférieure. La région de la nuque est entièrement couverte par une large plaque composée de pustules, dont les plus périphériques sont encore libres par une partie de leur circonférence, dont les plus centrales sont entièrement confondues. De larges fissures sillonnent cette plaque, au fond desquelles le derme est mis à nu par suite de la chûte d'une partie de l'épiderme et de *la matière opaque sous-jacente*, laquelle est en ce point friable et comme caséeuse. Quatre ou cinq pustules de divers volumes, dont quelques-unes sont ombiliquées, à la partie supérieure de la région du dos ; quatre petites pustules non ombiliquées sur la fesse gauche ; trois pustules non ombiliquées sur la région antérieure de la poitrine.

« Les membres inférieurs présentent les boutons les plus volumineux, les mieux caractérisés, les mieux ombiliqués. Ces boutons, chose à noter, semblent rassemblés autour des articulations du genou. C'est ainsi qu'on rencontre trois pustules, dont deux très-volumineuses et bien ombiliquées, immédiatement au-dessus du genou gauche, à la partie interne et inférieure de la cuisse ; quatre pustules, dont trois volumineuses et ombiliquées, à la partie supérieure du mollet gauche ; à droite, une large pustule non ombiliquée à la partie interne et supérieure de la jambe, et plus bas deux ou trois petits points blancs non ombiliqués. Le membre supérieur droit ne présente qu'une seule pustule, sans ombilic à la partie postérieure et inférieure de l'épaule ; mais le gauche présente au coude une large plaque

composée d'au moins huit ou dix pustules, dont la plupart sont encore distinctes et bien ombiliquées. Il en existe en outre une autre très-grande et sans ombilic à la partie postérieure de l'avant-bras, au-dessus de l'articulation du poignet.

« Nous avons cherché à nous rendre compte de la composition anatomique de ces pustules. Voici ce à quoi nous sommes arrivé.

« Si l'on enlève l'épiderme de la périphérie de la pustule vers son centre, ce qui est facile à cause de la macération à laquelle le fœtus a été exposé, on enlève avec lui la matière blanchâtre qui donne au bouton son relief et sa coloration. Alors on voit à la surface du derme, mis à nu, une foule de papilles coniques, d'une couleur blanchâtre, hyaline, du centre desquelles part généralement un poil. Les portions du derme sur lesquelles sont implantées ces papilles présentent aussi une coloration blanche et une légère saillie au-dessus du niveau du derme. En dehors de la tache blanche formée par ces papilles, qui ne sont évidemment que les follicules pileux anormalement développés, d'une part, et le derme infiltré d'une subtance particulière, de l'autre, se voit une auréole d'un rouge vif sur laquelle les follicules pileux sont encore volumineux, mais beaucoup moins qu'au niveau de la tache. Enfin, en dehors de l'aréole, le derme présente ses caractères normaux, et les follicules pileux y ont leur volume ordinaire.

« Si l'on fait une coupe verticale de la peau passant par le milieu d'une pustule, et qu'on examine la tranche mince ainsi obtenue, par transparence et au microscope, on voit au niveau de la pustule le derme plus épais, plus opaque qu'ailleurs, contenant des follicules verticalement disposés et presque juxtaposés, cylindriques à leur centre, mais terminés en cul-de-sac à une de leurs extrémités, celle qui correspond à la face profonde du derme. Ces follicules paraissent en outre distendus par un liquide, et l'emportent au moins d'un tiers en volume sur les follicules pileux du derme examiné en dehors des pustules. Du centre de chaque follicule part un poil, qui naît tout près du cul-de-sac terminal, traverse la couche anormale sous-épidermique, et enfin l'épiderme lui-même; et, en effet, en examinant à la loupe la surface des pustules, on la voit hérissée d'une foule de petits poils, comme cela a lieu d'ailleurs pour le reste de la surface tégumentaire.

« Nous avons examiné ensuite l'épiderme et la matière anormale qu'on enlevait avec lui, et à laquelle la pustule devait la plus grande partie de son relief. Or, dans cette masse, à part les cellules épidermiques à contours bien nets et à noyaux bien dis-

tincts, cellules très-nombreuses, il est vrai, au niveau de la pustule, nous n'avons rien trouvé de remarquable, si ce n'est une matière amorphe, au sein de laquelle existaient des granulations arrondies, opaques, disposées en groupes ; nous n'avons pas pu déterminer la nature de ces globules, mais nous pouvons affirmer qu'il ne s'agissait pas là de globules de pus, bien qu'on pût les considérer comme tels, eu égard à leur volume.

« Rien, dans la structure des pustules, qui ait pu nous indiquer par quel mécanisme s'était opérée l'ombilication. Le plus souvent la dépression centrale embrassait le sommet de cinq ou six follicules pileux, qui d'ailleurs ne paraissaient pas plus volumineux ou autrement altérés que ceux qu'on rencontrait dans le reste de la pustule.

« L'ouverture du cadavre ayant été faite, nous n'avons rien trouvé de notable dans les principaux viscères. La muqueuse buccale, celle du pharynx, ne présentent pas de pustules. Rien de notable dans l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle, le gros intestin, qui ont été examinés dans toute leur étendue; foie décoloré, non congestionné ; rate normale. Les poumons sont sains, ainsi que le cœur et le thymus. Une certaine quantité de sérosité sanguinolente dans les plèvres, le péricarde et le péritoine ; mais ceci peut naturellement être attribué au genre de mort du fœtus. » (5 avril.)

*Sur deux tumeurs du sinus maxillaire* ; par M. Nélaton.

M. Triquet présente, au nom de M. Nélaton, deux tumeurs du sinus maxillaire.

« L'une est un lipome ; l'autre, enlevée il y a quelques jours, est une tumeur fibreuse.

« Ces tumeurs sont excessivement rares dans le sinus maxillaire ; je ne crois pas que les auteurs en aient décrit de semblables en cet endroit. Elles doivent intéresser la société à plus d'un titre :

« 1° Par leur nature ; 2° par leur siége ; 3° par les symptômes ; 4° par le diagnostic et par le traitement.

« Chez des malades jeunes, les polypes cancéreux, les exostoses, sont communs et se rencontrent tous les jours ; mais il est peut-être sans exemple qu'on ait rencontré deux tumeurs de la nature de celles qui nous occupent.

« Le lipome était tout-à-fait semblable à ceux qu'on trouve ailleurs : masse adipeuse compacte, cloisonnée par des lamelles celluleuses. Chacune des loges renfermait de petites masses de graisse

jaunâtre ; il n'y avait pas de traces de vaisseaux. Un œuf ordinaire en peut mesurer le volume. La tumeur fibreuse est comparable à un œuf de pigeon. A la coupe, on ne voit que des lames et des fibres de tissu cellulo-fibreux ; à la pression, on n'en voit sortir aucune espèce de liquide. Elle ne présente également point de vaisseaux. Une membrane de tissu cellulaire fin et rosé l'enveloppe de toutes parts : aussi a-t-on pu l'énucléer du sinus en quelque sorte et avec une spatule.

« Ces deux tumeurs, bien que peu volumineuses, avaient distendu les parois du sinus. Ces parois étaient amincies au point qu'une épingle ordinaire pouvait traverser la voûte palatine sans difficulté.

« Chez les deux sujets, quelques dents manquaient, et c'est en pénétrant par ces alvéoles que M. Nélaton put confirmer son diagnostic et reconnaître à quelle espèce de tumeur il avait affaire. Une très-petite potion avait été excisée avec des ciseaux fins, et donné ainsi le spécimen de la tumeur (si l'on peut ainsi dire). Du reste, les parois du sinus étaient tellement amincies qu'un instant on avait pu croire à une fluctuation apparente.

« Quant au traitement, M. Nélaton imagina de prolonger un peu en dehors la commissure labiale, au moyen du bistouri, dans l'étendue de 1 à 2 centimètres. La paroi antérieure du sinus, ainsi mise à découvert, fut enlevée au moyen d'un scalpel ordinaire, et la tumeur fut extirpée par énucléation en quelque sorte, et avec assez de facilité. Quand au lipome, c'est une pièce trouvée sur un cadavre, dans un pavillon de dissection; elle n'en a pas moins une certaine valeur au point de vue de l'anatomie pathologique. » (5 avril.)

*La présence de l'albumine dans l'urine des diabétiques est-elle toujours un signe favorable?* par M. Rayer.

« M. Landouzy, professeur de clinique médicale à Reims, m'a adressé un malade atteint depuis plusieurs années de diabète sucré. La privation des féculents et l'usage des alcalis ont beaucoup diminué la proportion du glucose dans l'urine et les autres symptômes du diabète. Toutefois la guérison est loin d'être complète. Depuis deux mois environ, M. Landouzy a constaté qu'une certaine quantité d'albumine s'était ajoutée au glucose. La proportion de l'albumine dans l'urine ayant augmenté, le malade a éprouvé une sorte d'étourdissement et un trouble marqué, mais passager, dans la vision.

« Dans un premier échantillon d'urine, j'ai constaté, comme M. Landouzy, l'existence d'une certaine quantité de glucose.

La quantité d'albumine, notable dans ce premier échantillon, l'était beaucoup moins dans un second, qui m'a été remis quelques jours après. Du reste, le malade ne présentait aucune trace d'œdème à la face ou aux membres, aucune trace d'infiltration des paupières, enfin aucun des caractères extérieurs de la maladie de Bright. Il ne paraît pas non plus, chez lui, y avoir d'inflammation des voies urinaires ni d'affection du cœur. Or je n'ai pas cru pouvoir me prononcer sur ce que pouvait signifier, dans ce cas, l'apparition de l'albumine dans l'urine.

Pour justifier cette réserve, je rappellerai d'abord une opinion émise par Dupuytren et M. Thénard ; j'indiquerai ensuite quelques observations qui me sont propres et quelques autres que j'emprunterai à M. Christison.

« Dans un mémoire lu, en 1806, à la Société de la Faculté de médecine de Paris et inséré dans son Bulletin (*Bull. de la Société de la Faculté de méd. de Paris*, 1806, p. 41), MM. Dupuytren et Thénard annoncèrent qu'en ne donnant aux diabétiques que des aliments animalisés, leur urine avait changé assez promptement de nature ; que d'abord on y trouvait une matière albumineuse dont la quantité allant pendant quelques jours en croissant, paraissait être un signe non équivoque de la guérison de la maladie ; qu'ensuite l'albumine disparaissait peu à peu, et que l'urine ne tardait pas à reprendre les caratères de l'urine d'un homme sain.

« Comme MM. Dupuytren et Thénard, j'ai vu chez une personne atteinte de diabète sucré, le sucre disparaître de l'urine, et être remplacé par une certaine quantité d'albumine ; mais, dans ce cas, l'urine continua d'être chargée d'albumine pendant plus d'un mois, et elle l'était encore lorsque la malade quitta l'hôpital. J'ai rapporté ce cas dans mon *Traité des maladies des reins*, t. II, p. 224. C'était celui d'une femme âgée de 33 ans, dont l'urine, après avoir contenu une assez grande quantité de glucose (elle pesait 1,037 à l'aréomètre de Baumé), devint ensuite fortement albumineuse et légèrement sanguinolente. Après la disparition du sucre, il survint un catarrhe pulmonaire, *accompagné d'œdème* et d'autres accidents graves. La toux, la dyspnée et l'œdème cédèrent au bout d'un mois et demi de traitement environ, et la malade, se regardant comme guérie, voulut quitter l'hôpital. A cette époque, on s'assura de nouveau qu'il n'y avait pas de sucre dans l'urine ; mais elle continuait d'être albumineuse. Quatre mois après, j'appris que cette femme avait succombé à une affection de poitrine, et que l'ouverture du corps n'avait pas été faite.

« On ne peut dire d'une manière positive quelle fut, dans ce cas, la cause de l'apparition de l'albumine dans l'urine. L'œdème passager fut-il lié à l'existence de l'urine albumineuse, comme dans la maladie de Bright ? Plus tard, dans quel état eût-on trouvé les reins si l'autopsie du cadavre eût été faite ? Tous ces *desiderata* de l'observation lui ôtent, je le reconnais, une grande partie de son intérêt ; toutefois elle montre que la disparition du sucre, suivie de l'apparition et de la persistance de l'albumine dans l'urine, ne permet pas de s'abandonner à une sécurité complète.

« Au reste, un autre cas qui s'est présenté, dans mon service à l'hôpital de la Charité, et que M. Bell a cité dans son excellent travail sur le diabète (H. Bell, *An essay on diabetes*; translated by Alfred Markwick. Lond. 1842), établit nettement que l'apparition d'une urine albumineuse dans le cours d'un diabète est quelquefois l'indice d'une complication grave, au lieu d'être un signe favorable. C'était le cas d'un diabétique qui succomba à une néphrite terminée par suppuration.

« Une observation recueillie par M. Christison démontre aussi que l'apparition de l'albumine dans l'urine, dans un cas de diabète, peut être un symptôme *très-grave*, suivi tôt ou tard d'hydropisie ; le symptôme, enfin, d'une altération des reins qui se terminera par la mort. Il s'agit d'un homme de 40 ans, bien constitué, qui, souffrant du diabète depuis deux ans, avait perdu graduellement de son embonpoint et de ses forces. L'urine fermentait avec la levûre de bière, et pesait de 1045 à 1055. Entré à l'hôpital le 9 juillet 1838, cet homme languit jusqu'au milieu de septembre. A cette époque, l'urine devint fortement coagulable par l'acide nitrique et par la chaleur ; sa pesanteur spécifique diminua progressivement le 10 décembre ; elle n'était plus que de 1010 ; le 5 janvier 1839, de 1005 ; il n'y avait plus de traces de sucre. Le malade, épuisé par une diarrhée rebelle, mourut vers la fin de mars. A l'ouverture du corps, on trouva des épanchements séreux dans le péritoine, les plèvres, le péricarde et l'arachnoïde. Une quantité considérable de matière jaune était déposée dans la substance corticale des reins, et se prolongeait entre les tubes urinifères, altération, dit M. Christison, qu'on observe souvent dans l'affection granuleuse des reins.

« L'auteur ajoute que, dans plusieurs autres occasions, il a observé de l'albumine dans des urines de diabétiques, et que dans un cas où la quantité de l'albumine était considérable, les reins présentèrent, après la mort, la dégénérescence granuleuse.

« Pour les autres cas, il ne fait aucune remarque.

« En résumé, si l'apparition de l'albumine dans l'urine des diabétiques est quelquefois un signe favorable, cette circonstance peut être aussi l'indice d'une complication grave ou de la substitution d'une autre maladie, parfois mortelle. » (12 avril.)

*De la leucocythémie ou du sang à globules blancs* ; par M. Hughes Betnett, professeur de physiologie et de clinique médicale à Édimbourg.

« Le 19 mars 1845, j'ai examiné le corps d'un homme qui avait succombé dans le service de M. Christison, à l'infirmerie royale d'Édimbourg. Ce malade avait été atteint d'une hypertrophie de la rate et du foie ; son sang renfermait une quantité très-notable de corpuscules ressemblant à ceux du pus (*Edinb. med. and sur. Journ.*, octobre 1845). Au mois d'août 1845, Virchow a disséqué, à l'hôpital de la Charité, à Berlin, le corps d'un homme qui avait également un engorgement notable du foie, et chez lequel il y avait la même augmentation des globules blancs. Le 31 décembre 1845, on a reçu à l'hôpital Saint-Georges, à Londres, un homme qui présentait, au docteur Fuller, le même phénomène avant et après la mort ; il avait eu, comme les autres, une hypertrophie notable de la rate (*Lancet.*, juillet 1846). Depuis cette époque, plusieurs cas semblables ont été publiés, dans lesquels cette augmentation n'a point, il est vrai, été constatée pendant la vie, mais doit nécessairement avoir existé, d'après les faits mentionnés.

« Le nom de leucémie, donné à cette maladie par Virchow, ne paraît pas désigner nettement cette maladie, parce que le sang n'est pas blanc, mais présente sa coloration rouge ordinaire lorsqu'on le titre de la veine, et en outre on a donné ce nom, avec plus de raison, au sang gras examiné par Fraill, Christison et d'autres ; car c'est plutôt ce sang qui présente une apparence laiteuse et opalisante. Le nom à donner à ce sang doit exprimer que le sang abonde en globules blancs ; le terme de leucocythémie provenant de λευκός blanc, κυτος cellule, et αἷμα sang, désigne donc le fait, l'état pathologique, sans impliquer de théorie.

« J'ai examiné, pour ma part, quatre cas de leucocythémie.

« Obs. I. — Un homme est admis dans la clinique de Christison le 27 février 1845. Il présente une tuméfaction considérable de l'abdomen dépendant évidemment d'un engorgement du foie et de la rate, qui remontait à un an de date environ. Les glandes lymphatiques du cou, de l'aisselle et de l'aîne étaient engorgées aussi ; les autres symptômes étaient l'œdème des jambes, une

diarrhée considérable et un peu de fièvre qui survint le 13 mars ; il succomba le 15. Le corps ne fut examiné que le 19, quatre jours après la mort.

« *État du sang.* Dans tout le système veineux, le sang était bien coagulé et remplissait le calibre des vaisseaux. On y distinguait une partie rouge inférieure et une partie jaune supérieure ; la partie rouge était de couleur brique un peu granuleuse sur la coupe et grumeleuse ; la partie jaune était d'un brun clair et opaque, facile à rompre et ressemblant à du pus crémeux. Examiné au microscope, avec un grossissement de 251 mètres, on y voyait beaucoup de filaments fibrineux mêlés avec des globules variant de diamètre entre 1/80 et 1/120 de millimètre, de forme ronde et globuleuse, à aspect granuleux et ressemblant tout-à-fait aux corpuscules du pus. De l'eau leur faisait perdre leur apparence granuleuse et montrait un noyau de 1/200 de millimètre, ou deux ou trois plus petits. La partie rouge du caillot contenait une plus petite quantité de globules blancs mêlés avec beaucoup de globules rouges.

« Les parois des vaisseaux étaient sains, par places accidentellement adhérents au caillot, mais faciles à détacher. Les petites veines des méninges paraissaient comme remplies de pus.

« Le foie était très-hypertrohpié et pesait 10 livres et 12 onces; la rate, également hypertrophiée, pesait 7 livres et 12 onces ; les glandes lymphatiques étaient partout très-volumineuses, surtout dans l'aîne, où plusieurs avaient le volume d'un œuf de poule. Sur la coupe, elles présentaient un liquide sale et comme lactescent, qui, au microscope, contenait de nombreuses cellules propres à ces glandes.

« Les autres organes étaient sains; nulle part il n'y avait du pus.

« Obs. II.— C'était un garçon de 17 ans, reçu dans ma division clinique le 25 janvier 1850. Il était pâle, les conjonctives très-décolorées et présentant une apparence tout à fait cachectique. L'abdomen est très-distendu par une tumeur splénique qui, des dernières côtes, s'étend jusqu'à un pouce et demi de distance de la symphyse du pubis ; en avant, la tumeur présente une convexité demi-circulaire, et on la sent jusqu'à un pouce et demi à droite de l'ombilic ; en arière, on suit la tumeur jusqu'à 3 pouces de distance des apophyses des vertèbres lombaires. La percussion détermine de la matité sur 10 pouces de longueur et 13 et demi de largeur; le foie est de volume normal ; tout le corps très-amaigri; diarrhée abondante, parfois hémorrhagie nasale et gingivale.

« Ce garçon reste pendant six mois à l'hôpital, où le sang ne subit aucun changement, malgré les traitements variés. Du fer et du sulfate de quinine ont été donnés à fortes doses, et la diarrhée devint si intense qu'elle dût réclamer bientôt les principaux soins du traitement. Beaucoup d'astringents furent essayés, mais avec un succès tout au plus passager. Pendant un temps, il fut si faible que d'un jour à l'autre on croyait le perdre; cependant il reprit un peu de forces; celles-ci étaient toujours en rapport avec la diarrhée. Au mois d'avril des symptômes pulmonaires survinrent, mais diminuèrent sous l'influence des toniques, de l'huile de foie de morue et de la bonne saison, au point qu'il demanda à sortir de l'hôpital pour retourner chez lui à Hull. Il fit ce voyage en août 1850, arriva en bonne santé chez lui où il vit toujours, et j'ai appris par une lettre du docteur Sandwith, de cette ville, en date du mois d'avril 1851, qu'il était toujours dans le même état dans lequel il avait quitté Édimbourg.

« Le docteur Robertson a eu la bonté d'analyser pour moi le sang dans ce cas, et d'après le résultat qu'il a obtenu, il paraît que la quantité de fibrine était doublée, tandis que l'albumine et les sels existaient en quantité normale. Les globules existaient dans la proportion de la moitié de la quantité physiologique; tandis que la quantité d'eau avait augmenté d'autant. Le résultat de l'analyse est le suivant :

| | |
|---|---|
| Pesanteur spécifique du sang. . | 1041,5 |
| — sérum. . | 1026,5 |
| Composition de 1,000 parties : | |
| Fibrine. . . . . | 6 |
| Parties solides du sérum . . . | 72 |
| Globules. . . . . | 67,5 |
| Total des parties solides. | 145,5 |
| Eau. . . . . | 854,5 |
| | 1000,0 |

(*La suite à un prochain numéro.*)

# TABLE

## DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 226e VOLUME.

---

12e SÉRIE, TOME VI. — JUIN 1851.

---

### ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.


Della tuberculosi in genere et della tisi pulmonare in specie; c'est-à-dire : De la tuberculisation en géneral et de la phthisie pulmonaire en particulier ; par le docteur *Louis Parola.* 49

Statistique des malades traités à hôpital St-Jean pendant le premier semestre de 1851. — Observations ; par M. le docteur *Deroubaix.* 58

Extrait du Bulletin de l'Académie royale de médecine. — Séance du 31 mai 1851. 91

Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois d'avril 1851. 120


### III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.


PHYSIOLOGIE. — 1. Études analytiques de physiologie et de pathologie sur l'appareil spléno-hépatique ; par le docteur *J.-H.-S. Beau.* (*Suite et fin.*) 1


### IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALE.


PATHOLOGIE INTERNE. — 2. Nouvelles preuves de l'existence de la névralgie hépatique ; par M. le docteur *Fauconneau-Dufresne.* 18

THÉRAPEUTIQUE. — 3. Deux faits d'hydropisie ascite traités par les injections iodées ; par M. *Costes.* 26

4. Sur les effets thérapeutiques du tartre stibiéà haute dose dans les maladies ; par M. *Henri Gintrac.* 35

5. Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'électricité de frottement, de l'électricité de contact et de l'électricité d'induction ; par le docteur *Duchenne.* 39

6. Mémoire sur la digitaline; par MM. *Homolle* et *Quévenne.* 56

7. Réflexions sur deux tentatives d'application des cataplasmes galvaniques faites contre l'angine de poitrine et des accès fébriles périodiques ; par le docteur *Jules Massé.* 68

8. Considérations générales sur l'action physiologique et thérapeutique des acides végétaux; par M. le docteur *Joseph Delioux.* 75

9. Note relative à quelques considérations physiologiques et pratiques sur l'emploi des anesthésiques, et particulièrement du chloroforme ; par M. *Courty.* 86


### V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.


ACCOUCHEMENTS. — 10. Tumeur fibreuse de l'utérus constituant un obstacle invincible à l'accouchement, opérée avec succès. Accouchement heureux probablement pour la mère et pour l'enfant, à la suite

de cette opération; par M. *Danyau*. 92
11. Considérations médico-légales sur l'influence des impressions physiques et morales pendant la grossesse; par le docteur *H. Bayard*. 97
12. Chorée aiguë survenue pendant la grossesse, suivie d'accouchement et de mort; absence de lésions anatomiques; par le docteur *Aran*. 105

## VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. 13. De la nature locale ou générale des tumeurs; par M. le docteur *Lebert*. 110
14. Lettre sur les moyens de reconnaître les pierres dans la vessie sans cathétérisme: par le docteur *Heurteloup*. 122
15. De la cure radicale des hernies inguinales et d'un nouveau moyen de l'obtenir; par M. le docteur *Aug.-D. Valette*. (*Suite*.) 133
16. Recherches sur les corps étrangers dans les voies aériennes; par M. le docteur *Jobert de Lamballe*. 143
MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 17. Résection du maxillaire inférieur, depuis le milieu de la branche ascendante gauche jusqu'au niveau de la canine droite; pratiquée par M. *Corbet*. 149
18 Des pansements rares et des pansements rapprochés des plaies; par le docteur *A. Bertherand*. 154
OPHTHALMOLOGIE. — 19. De l'oblitération du sac lacrymal comme moyen de guérison de la fistule lacrymale; par le professeur *Stoeber*. 167

## VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

MALADIES MENTALES. 20. Des lésions de la sensibilité chez les aliénés; — conséquences thérapeutiques; — exemples de lésions traumatiques très-graves et de leurs effets physiologiques; par M. le docteur *Morel*. (*Suite et fin*.) 174
21. Recherches sur les intervalles lucides; par le docteur *Renaudin*. 180
22. De la folie instantanée, considérée au point de vue médico-judiciaire; par le docteur *Ph. Boileau de Castelnau*. 196

## X. MÉDECINE LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

MÉDECINE LÉGALE. — 23. Relation médico-légale de l'assasinat de la comtesse de Goerlitz, accompagnée de notes et réflexions pour servir à l'histoire de la combustion humaine spontanée; par MM. *Ambroise Tardieu* et *X. Rota*. (*Suite*.) 208

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE nationale des sciences de Paris. — Séances des 2, 9, 16, 23 et 30 juin. — De la trachéotomie dans l'épilepsie. 217. — Influence de la variole au dix-huitième siècle. 218. — Nouvel anesthésique (éther bromhydrique). 218. — Persistance de la vie dans les membres atteints de la rigidité qu'on appelle cadavérique. 220. — Théorie de l'épilepsie et des accès en général. 222. — De l'inutilité de la bile dans la digestion. 223. — Recherches sur le rétablissement de l'irritabilité musculaire, chez un supplicié. 224. — Maladies des ouvriers qui s'occupent de la préparation du sulfate de quinine. 225. — Recherches expérimentales sur les modifications imprimées à la température animale par l'introduction, dans l'économie, de différents agents thérapeutiques. 226. — Inoculation de la syphilis. 230.
ACADÉMIE nationale de médecine de Paris. — Séances des 3, 10, 17, et 24. juin. — Chûte de l'utérus traitée par le pincement du vagin. 231. — De l'empoisonnement par la nicotine. 233. — De l'alcanité du sérum du sang chez l'homme. 243. — Ligature de l'iliaque externe. 244. — Propriétés thérapeutiques de l'ipéca. 245. — Du sulfate de strychnine dans les excrétions invo-

fontaires. 246. — Compression de l'aorte abdominale contre les pertes utérines. 246. — Sur quelques variétés de forme et quelques vices de conformation du bassin. 247. — Nicotine. 249. — Avantages des bougies tortillées en spirale dans les rétrécissements de l'urètre. 249. — Syphilis congénitale. 251. — Tannate de quinine et de cinchonine. 261. — Nicotine. 262. — Vaccine et inoculation. 263. — Note sur la suppression des quartiers de gâteux dans les maisons d'aliénés. 264.

## MÉLANGES.

24. Compte-rendu des séances de la Société de Biologie pendant le mois d'avril 1851 ; par MM. les docteurs *Lebert* et *Brown-Séquard*. 266

# TABLE

## DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 226e VOLUME.

12e SÉRIE, TOME VI. — JUIN 1851.

---

## REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

### JOURNAUX FRANÇAIS.

#### ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (mai 1851).

*Beau* (J.-H.-S.). Études analytiques de physiologie et de pathologie sur l'appareil spléno-hépatique. 1
*Duchenne.* Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'électricité de frottement, de l'électricité de contact et de l'électricité d'induction. 39

#### ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE.

*Bayard* (H.). Considérations médico-légales sur l'influence des impressions physiques et morales pendant la grossesse. 97
*Boiteau de Castelnau* (Ph.). De la folie instantanée, considérée au point de vue médico-judiciaire. 196
*Ambroise Tardieu* et *X. Rota.* Relation médico-légale de l'assasinat de la comtesse de Goerlitz, accompagnée de notes et réflexions pour servir à l'histoire de la combustion humaine spontanée. 208

#### GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 20, 22, 24 et 26, 1851).

*Delioux* (Joseph). Considérations générales sur l'action physiologique et thérapeutique des acides végétaux. 75
*Courty.* Note relative à quelques considérations physiologiques et pratiques sur l'emploi des anesthésiques, et particulièrement du chloroforme. 86
*Lebert.* De la nature locale ou générale des tumeurs. 110
*Valette* (Aug.-D.). De la cure radicale des hernies inguinales et d'un nouveau moyen de l'obtenir. 133
*Lebert* et *Brown-Séquard.* Compte-rendu des séances de la Société de Biologie pendant le mois d'avril 1851. 266

#### GAZETTE MÉD. DE STRASBOURG (mars, avril et mai 1851).

*Bertherand* (A.). Des pansements rares et des pansements rapprochés des plaies. 154
*Stoeber.* De l'oblitération du sac lacrymal comme moyen de guérison de la fistule lacrymale. 167
*Renaudin.* Recherches sur les intervalles lucides. 180

**JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES** (mai, juin.)

*Massé* (Jules). Réflexions sur deux tentatives d'application des cataplasmes galvaniques faites contre l'angine de poitrine et des accès fébriles périodiques. 68
*Danyau*. Tumeur fibreuse de l'utérus constituant un obstacle invincible à l'accouchement, opérée avec succès. Accouchement heureux probablement pour la mère et pour l'enfant, à la suite de cette opération. 92
*Heurteloup*. Lettre sur les moyens de reconnaître les pierres dans la vessie sans cathétérisme. 122

**JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX** (mai et juin 1851).

*Costes*. Deux faits d'hydropisie ascite traités par les injections iodées. 26
*Gintrac* (Henri). Sur les effets thérapeutiques du tartre stibié à haute dose dans les maladies. 35

**L'UNION MÉDICALE** (N^os 46, 52, 53, 59, 60, 61, 62 et 68.)

*Fauconneau-Dufresne*. Nouvelles preuves de l'existence de la névralgie hépatique. 81
*Homolle* et *Quévenne*. Mémoire sur la digitaline. 56
*Aran*. Chorée aiguë survenue pendant la grossesse, suivie d'accouchement et de mort ; absence de lésions anatomiques. 105
*Jobert de Lamballe*. Recherches sur les corps étrangers dans les voies aériennes. 145
*Morel*. Des lésions de la sensibilité chez les aliénés ; — conséquences thérapeutiques ; — exemples de lésions traumatiques très-graves et de leurs effets physiologiques. 174

**REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE** (mai 1851.)

*Corbet*. Résection du maxillaire inférieur, depuis le milieu de la branche ascendante gauche jusqu'au niveau de la canine. 149